



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Sanaskodin päihde- ja mielenterveys- kuntoutuajan jälkiseurannan kehittäminen

Lehtiö Bea, Suovesi Salla-Mari

2014 Laurea Lohja



Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Sanaskodin päihde- ja mielenterveyskuntoutujan  
jälkiseurannan kehittäminen

Lehtiö Bea  
Suovesi Salla-Mari  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2014

Lehtiö Bea, Suovesi Salla-Mari

### Sanaskodin päihde- ja mielenterveyskuntoutujan jälkiseurannan kehittäminen

Vuosi 2014

Sivumäärä 50

Tämän opinnäytetyön aiheena oli Sanaskodin päihde- ja mielenterveyskuntoutujan hoitopolun kehittäminen. Työn tarkoituksena oli selvittää Sanaskodin nykyisen hoitopolun toimintamalli sekä kehittää Sanaskodin toimintaa ja kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa. Tavoitteena oli kehittää systemaattista jatkohoidon seurantaa ja tuottaa Sanaskodille jälkiseurantakaavake.

Sanaskoti on Lohjalla sijaitseva ympärivuorokautista laitostuntoutusta, palveluasumista ja aktiivista kuntoutusta tarjoava yksityinen sosiaalialan palveluyritys. Se on keskittynyt kuntouttamaan erityisesti monihäiriöisiä asiakkaita, joilla voi olla sekä mielenterveys- että päihdeongelmia. Asiakkailta voi olla mm. huume-, alkoholi- tai lääkeriippuvuus. Sanaskodissa kuntoutetaan aikuisia mielenterveys- ja päihdekuntoutujia.

Tämä opinnäytetyö oli osa Pumppu-hankkeen PolkuPärjään osahanketta. Osahankkeen tarkoituksena on kehittää uusia ratkaisuja hyvinvoinnin edistämiseksi eri toimijoiden välisenä yhteistyönä. Ratkaisut toteutetaan Länsi-Uudellamaalla yhdessä toimijoiden ja asukkaiden kanssa.

Opinnäytetyö oli laadullinen ja siinä käytettiin juurruttamista kehittämismenetelmänä. Aineistoa kerättiin Sanaskodin henkilökunnalle tehdyllä avoimella haastattelulla. Opinnäytetyön tekijät kävivät useita kertoja Sanaskodilla tapaamisissa, joissa Sanaskodin nykyistä toimintamallia käytiin läpi ja pohdittiin uuden kehittämistä. Opinnäytetyön tekijät hakivat tutkimuksia ja muuta teoreettista tietoa kehittämistyön pohjaksi. Kehittämiskohteeksi valikoitui jälkiseurantakaavake, jonka avulla on tarkoitus seurata Sanaskodin asiakkaan päihdeettömyyttä Sanaskodilla tapahtuneen kuntoutuksen jälkeen.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi Sanaskodin nykyistä hoitopolkua kuvaava hoitopolku-kaavio sekä jälkiseurantakaavake, jonka avulla on tarkoitus seurata asiakkaan päihdeettömyyttä kuntoutuksen päätyttyä. Jälkiseurantakaavakkeella tullaan selvittämään asiakkaan kuntoutuksen kestoa Sanaskodilla, asiakkaan päihdeettömyyttä, mahdollisia retkahduksia ja niiden kestoa sekä asiakkaan yleistä vointia tällä hetkellä.

Jälkiseuranta tullaan toteuttamaan Sanaskodin toimesta kolme kertaa: kuukauden, puolen vuoden ja vuoden kuluttua kuntoutusjakson päättymisestä. Kaavakkeen käytöstä järjestetään Sanaskodissa osastotunti henkilökunnan perehdyttämiseksi ja sen jälkeen kaavake otetaan käyttöön osana hoitotyötä. Sanaskoti arvioi itse kaavakkeen toimivuutta ajan myötä.

Asiasanat: hoitopolku, päihdeet, mielenterveys, kuntoutuminen.

Lehtiö Bea, Suovesi Salla-Mari

**Development of post-monitoring of intoxicant and mental health patients after rehabilitation at Sanaskoti**

Year 2014

Pages

50

The topic of this thesis was Sanaskoti intoxicant and mental health patient treatment path development. The purpose of the thesis was to clarify Sanaskoti's current treatment path and develop its operation and treatment of double diagnosis patient care. The aim of this thesis was to develop systematic aftercare monitoring and to produce a post-treatment monitoring form to Sanaskoti.

Sanaskoti is a private social work service company that is situated in Lohja and provides 24 hour institutional rehabilitation, utility housing and active rehab. It is focused on rehabilitation of adult patients with both mental rehabilitation and drug, alcohol and medicinal addictions.

This thesis was a part of Pumppu project and a part project of PolkuPärjään. The purpose is to develop new solutions to enhance welfare. The solutions are to be implemented in the Länsi-Uusimaa area together with the operators and citizens.

The thesis was qualitative and used dissemination as development method. The material for thesis was gathered by interviewing Sanaskoti personnel. Students that worked on the thesis had several meetings with Sanaskoti personnel where they discussed the current operations model and considered development of a new model. Studies and other theoretical material were used as base of the study. The post-treatment monitoring form was chosen as development subject, as this form follows the patient's sobriety after the treatment in Sanaskoti.

The result of this thesis is a scheme of the current treatment path of Sanaskoti and a post-treatment monitoring form. The form will clarify the patient's time of treatment, sobriety and potential lapses and time before recovery, and the patient's overall health at the moment.

Post-monitoring will be carried out by Sanaskoti three times after the rehab: after one month, six months and one year. For implementing the new form there will be an orientation for the personnel at Sanaskoti and then the form will implemented as a part of the treatment. Sanaskoti is going to self-evaluate functionality of post-treatment monitoring form.

Keywords: Treatment path, intoxicant, mental health, rehab.

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut .....	7
2.1	Potilaan oikeudet .....	7
2.2	Kaksoisdiagnoosi .....	7
2.3	Mielenterveys .....	12
2.3.1	Toimintakyky .....	14
2.3.2	Mielenterveyslaki .....	16
2.4	Kuntoutuminen .....	16
2.4.1	Kuntoutumisen vaiheet .....	18
2.4.2	Kuntoutumista tukevat asiat .....	19
2.4.3	Esteet kuntoutumiselle .....	20
2.4.4	Kuntoutus Sanaskodissa .....	21
2.5	Syrjäytyminen .....	22
2.6	Päihteet .....	23
2.6.1	Päihdehuoltolaki .....	24
2.6.2	Huumeet .....	24
2.6.3	Alkoholi .....	25
2.6.4	Alkoholiongelman hoito .....	26
2.6.5	Lääkkeiden väärinkäyttö .....	26
2.7	Riippuvuus .....	26
2.8	Hoidon vaikuttavuus .....	27
2.9	Hoitomyönteisyys .....	28
3	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	29
3.1	Juurruttaminen .....	30
3.2	Kvalitatiivinen tutkimus .....	31
3.3	Avoin haastattelu .....	32
3.4	Sisällönanalyysi .....	32
3.5	Luotettavuus .....	33
3.6	Eettisyys .....	34
4	Kehittämistoiminnan ympäristö ja nykytilan kuvaus .....	35
5	Kehittämistoiminnan toteutus .....	37
6	Jälkiseurantakaavake .....	38
7	Kehittämistoiminnan arviointi .....	39
8	Pohdinta .....	40
	Lähteet .....	42
	Kuvat .....	47
	Liitteet .....	48

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on Sanaskodin kuntoutusasiakkaan hoitopolku. Mistä asiakas ohjautuu Sanaskotiin, mitä Sanaskodissa tapahtuu ja mihin asiakas siirtyy kuntoutusjakson jälkeen? Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Sanaskodin nykyisen hoitopolun toimintamalli ja tavoite on kehittää systemaattista jatkohoidon seuranta. Tarkoituksena on kehittää Sanaskodin toimintaa, kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa ja tavoitteena on tuottaa Sanaskodille jälkiseurantakaavake, jolla voidaan seurata asiakkaan päihteettömyyttä kuntoutuksen päätyttyä.

Opinnäytetyö toteutettiin siten, että opinnäytetyön tekijät kävivät Sanaskodissa keskustelemassa henkilökunnan kanssa Sanaskodin toiminnasta ja hakivat teoretietoa Sanaskodin toiminnan kehittämistä varten. Tapaamisissa keskusteltiin Sanaskodin nykytilasta ja siitä, miten toimintaa voisi kehittää. Kehittämisenkohteeksi valikoitui jälkiseurantakaavake. Sen sisältöä pohdittiin yhdessä Sanaskodin henkilökunnan kanssa. Tapaamisissa pohdittiin yhdessä mm. sitä, mitä tietoa Sanaskoti saa jo muiden kaavakkeidensa avulla ja millaista tietoa juuri jälkiseurantakaavakkeella halutaan saada. Siten päädyttiin keskittymään asiakkaan päihteettömyyden seurantaan kuntoutuksen loputtua. Kaavakkeen kysymykset laadittiin yhdessä tämän tavoitteen perusteella. Opinnäytetyömme on laadullinen ja käytämme juurruttamisen periaatetta.

Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hankkeen PolkuPärjään-osahanketta. Osahankkeen tarkoituksena on kehittää uusia ratkaisuja hyvinvoinnin edistämiseksi eri toimijoiden välisenä saumattomana yhteistyönä. Ratkaisut toteutetaan Länsi-Uudellamaalla yhdessä alueen toimijoiden ja asukkaiden kanssa. (Laurea 2011.)

## 2 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Käsitteet ovat tutkijan työkalu. Lähtökohtana tutkimukselle on se, että tutkimus rakentuu aina käsitteellisten ratkaisujen ja merkitystulkintojen varaan. Tieteellisessä tiedonhankinnassa pyrkimys on aina käsittää tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 146-147.)

Tässä opinnäytetyössä keskeiset käsitteet ovat hoitopolku, kuntoutuminen ja kaksoisdiagnosi. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujaa ohjaa monet lait. Päihdehuoltolaki (1986/41), mielenterveyslaki (1990/1116) ja laki potikaan oikeuksista (1992/785) ohjaavat kuntia miten kuntien tulisi toimia, kun kohtaavat potilaan, joka tarvitsee apua. ”Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia, riippumattomia, kansallisia hoitosuosituksia. Ne sisältävät tietoa tärkeistä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä ehkäisyyn liittyviä ohjeita. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi.” (Käypä hoito 2012.)

### 2.1 Potilaan oikeudet

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon sekä hyvään kohteluun. Hänen vakaumustaan, yksityisyyttään tai ihmisarvoaan ei saa loukata. Hoitoa tulee saada suomeksi ja ruotsiksi. Kulttuuri on huomioitava hoidossa. Potilaalle on tarvittaessa laadittava hoitoa, tutkimuksia ja lääkitystä koskeva suunnitelma. Suunnitelmassa tulee olla hoidon toteuttamisaikataulu ja hoidon järjestäminen. Suunnitelma pitää laatia yhdessä potilaan tai hänen omaisensa tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Potilaalle on kerrottava hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksista ja hoidon merkityksestä. Asiat on kerrottava potilaalle niin, että hän ymmärtää ne. (Finlex 1992.)

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan kannalta oleelliset tiedot. Potilasasiakirjatiedot ovat salassa pidettäviä. Tietojen luovutukseen ja hankkimiseen tarvitaan potilaan kirjallinen suostumus. (Finlex 1992.)

### 2.2 Kaksoisdiagnosi

Kaksoisdiagnosi tarkoittaa sitä, että ihminen sairastaa kahta eri sairautta samaan aikaan. Hänellä on sekä kliinisesti merkittävä psykiatrinen häiriö että päihdeongelma, joka vaatii hoitoa. Vakavimmissa tapauksissa, potilaalla on psykoositasolla olevan sairauden tai erityisen vaikean persoonallisuushäiriön lisäksi huumeongelma. Seurannaisilmiöt kuten rikollisuus ja sosiaaliset ongelmat, eivät ole harvinaisia kaksoisdiagnosipotilailla. (Sorsa & Laijärvi 2007.)

Psykiatrisen potilaan ja päihdepotilaan komorbiditeetti eli kahden tai useamman sairauden samanaikainen esiintyminen jää usein tunnistamatta. Tämä saattaa viivästyttää oikean hoidon aloittamista. (Sorsa & Laijärvi 2007.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon pitäisi sisältyä mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoa yhdessä niin, että hoidot tukisivat toisiaan. Potilaita siirretään helposti toimijalta toiselle toimijalle ilman, että hahmotetaan kokonaisuus hoidossa. Potilaat käyttävät jatkuvasti päivystyspalveluja ja heidät voisi kuvailla päivystyspalveluiden suurkuluttajiksi. Tämä on yksi syy siihen, että hoitoketjut ovat kehittymättömiä ja potilaat ohjautuvat joko päihde- tai mielenterveyspalveluihin sattumanvaraisesti. (Sorsa & Laijärvi 2007.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tulisi tunnistaa sekä päihde- että mielenterveysongelma. Tämä tuottaa välillä haastetta, jolloin potilas ei välttämättä saa parasta mahdollista hoitoa. Hoidossa tulisi huomioida molemmat ongelmat yksilöllisesti ja potilaalla olisi hyvä olla yksi paikka, jossa hoito järjestetään kokonaisvaltaisesti. Potilaat kokevat erityisen tärkeiksi asioiksi hoidon jatkuvuuden ja sen, että he voivat itse vaikuttaa hoitoonsa ja olla mukana päättämässä siitä. Hoitoon hakeutumisen ja pääsyn kynnyksien pitäisi olla matalia, jotta hoitoketjut eivät katkeaisi eikä potilas jäisi tyhjän päälle. (Ahonen, Järvenkylä & Kiviniemi 2009.)

Hoitoon hakeutuvilla potilailla on paljon päihdeongelmia ja psykiatriset ongelmat ovat kuitenkin usein hoitoon hakeutumisen syynä. Psykiatristen oireiden ja päihteiden käytön välisiä yhteyksiä ja syy-seuraussuhteita tulisikin tunnistaa ja arvioida enemmän. Monet potilaat kokevat kyseisen tarkastelun uudeksi asiaksi, jota hoidossa ei ole ennen pohdittu. Tarkastelu kuitenkin selkeyttää potilaiden käsitystä omasta hoidontarpeestaan. Samoin potilaan sosiaalista tilannetta on hyvä pohtia. Usein esimerkiksi ihmissuhdevaikeuksilla ja työttömyydellä voi olla iso osa potilaan ongelmien synnyssä ja pahenemisessa. Aina potilas ei tätä kuitenkaan itse huomaa, ellei asiaa oteta puheeksi ja pohdita yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Keskustelun kautta potilaan kokonaistilanne selkiytyy hänelle itselleen. (Ahonen ym. 2009.)

Kaksoisdiagnoosipotilas voi tarvita apua monenlaisissa asioissa. Tällaisia asioita ovat mm. mieliala, asuminen, riippuvuusongelmat, psykoositilanteet, rikokset, haitallinen käyttö, pelkotilat, toimeentulo, somaattiset sairaudet, ahdistuneisuus, perhe/ihmissuhteet sekä hoidon järjestäminen. Kokonaisvaltaisessa hoidossa huomioidaan nämä kaikki potilaan tarpeen mukaan. (Ahonen ym. 2009.)

Kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä. Arvioidaan, että noin 40 prosentilla alkoholiongelmaisista kärsii jossakin vaiheessa elämäänsä päihteistä riippumattomasta psykiatrisesta häiriöstä. Huumeongelmaisilla luku on vieläkin suurempi. Asiaa voidaan tarkastella myös toisesta suunnasta. Noin 30 prosentilla psykiatrisista häiriöistä kärsivillä potilailla on jossakin vaiheessa myös



päihdeongelma. Kaksoisdiagnoosia sairastavan potilaan hoidossa tärkeintä olisi kiinnittää huomio sekä päihde- että mielenterveysongelmaan. Päihteet voivat usein ylläpitää tai pahentaa psyykkistä oireilua ja tästä syystä päihdeongelman hoito on ensisijaisen tärkeää. Pitkä päihteetön jakso on edellytys siihen, että varmistutaan mahdollisesta psyykkisestä häiriöstä. Psyykkiset oireet, kuten alkoholiriippuvaisen masennus tai ahdistus, ei häviä pitkään jatkuneen raittiuden seurauksena. (Aalto 2009.)

Kaksoisdiagnoosipotilailla yleisesti ilmeneviä ongelmia ovat väkivalta, asunnottomuus, heikko vaste hoidolle, itsemurhat ja korkea uusiutumisen mahdollisuus. On myös diagnostisia ongelmia, joista seuraa vaikeuksia hoidon suunnittelussa ja tarkoituksenmukaisessa toteutuksessa. Hoitohenkilökunnalla saattaa myös olla negatiivinen asenne potilaita kohtaan. Hoitajat kokevat epävarmuutta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ja kaipaisivat lisää kokemusta päihdetyöstä. (Mantila 2005, 5-6.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä Suomessa näyttää tutkimusten mukaan olevan kasvussa. Kaksoisdiagnoosipotilaan ennuste on huonompi kuin niiden potilaiden, joilla on vain yksi häiriö. Tavanomaiset hoitomallit taas eivät ole riittävän tehokkaita kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. (Aalto 2007.)

Erityisesti nuorena alkaneeseen psyykkiseen oireiluun liittyy monihäiriöisyyttä. Monihäiriöisyys lisää vaikeahoitoisuutta ja huonontaa ennustetta. Päihdehäiriön riskiä lisäävät lapsuuden ja nuoruuden tarkkaavaisuus- ja uhmakkuushäiriöt, käytöshäiriöt, impulsiivisuus, aggressiivisuus ja oppimisvaikeudet, stressaavat tai traumaattiset elämäntapahtumat, huono koulumenestys, päihdemyönteinen ympäristö, epäsosiaalisuus, päihteiden helppo saatavuus sekä vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat. Nuoret kertovat päihteiden käytön aloittamisen syiksi mm. uteliaisuuden, jännittyneisyyden, maailman ongelmien ahdistavuuden, ryhmäpaineen ja ihmissuhdevaikeudet. Päihteiden käytön kohdalla usein unohdetaankin yhteiskunnalliset ja taloudelliset rakenteelliset syyt. Tästä seuraa se, että hoidolla yritetään parantaa oireita, joita ei voida parantaa vain sen avulla esimerkiksi pelkkä lääkitys tai keskusteluhoito ei yksin ratkaise potilaan taloudellisia tai ihmissuhdeongelmia. (Mantila 2005, 11-12.)

Kun mietitään, miten kaksoisdiagnoosipotilas eroaa muista mielenterveys- ja päihdepotilasta, huomataan, että kaksoisdiagnoosipotilalle on usein kasautunut monenlaisia ongelmia, joita hän ei ole jaksanut hoitaa. Nämä voivat olla esim. ihmissuhteisiin liittyviä, sosiaalisia ja omaan niin psyykkiseen kuin fyysiseenkin hyvinvointiin liittyviä. Potilas voi kokea tilanteensa pelottavaksi. Potilaan näkemys siitä, miksi hän on tullut hoitoon voi olla erilainen kuin hoitohenkilökunnan tai läheisten näkemys. Näkemysero voi syntyä esim. tahdonvastaisen hoidon kohdalla. Ihmisen voi olla hyvin vaikea huomata itse tilannettaan. Usein läheiset huomaavat sen ensin. Ongelmien itselleen myöntäminen voi olla vaikeaa ja leimautumisen pelko voi osaltaan myös estää hoitoon menoa. Osa potilaista voi kokea, että heidän on pakko mennä hoi-

toon tai he menettävät työpaikkansa, asuntonsa tai fyysisen terveytensä. (Mantila 2005, 26-27.)

Tutkimusten mukaan mielenterveysongelmiin liittyy edelleen häpeää. Sitä lisää osaltaan mm. median tapa korostaa psyykkisen oireilun negatiivisuutta. Myös päihdeongelmat leimaavat ihmisiä ja johtavat syrjintään. Syrjintä konkretisoituu esimerkiksi siten, ettei päihdekuntoutukseen pääsy ole ihmisen subjektiivinen oikeus, vaan se on kiinni mm. kuntien määrärahoista. (Kurkela 2013.)

Nyky-yhteiskunta on kiireinen, vaativa ja menestystä arvostava. Kaksoisdiagnoosipotilaan on hankala selviytyä tällaisessa yhteiskunnassa, koska mielenterveys- ja päihdeongelmat kuluttavat hänen voimavarojaan. Monet potilaat käyttävät selviytymiskeinona vertaamista. He vertaavat omia sairauksiaan ja ongelmiaan toisiin ihmisiin, joilla on asiat vielä huonommin kuin heillä itsellään, jolloin heidän omat ongelmansa tuntuvat pienemmiltä. Näin elämänpainopiste siirtyy niihin asioihin, joiden koetaan olevan vielä hallinnassa ja itsearvostus ja toimintakyky säilyvät myös parempina. Potilaan voivat oppia hyväksymään ongelmansa ja elämään niiden kanssa. He voivat oivaltaa, että elämässä voi löytää oman paikkansa ja merkityksen, vaikka se ei tulisi yhteyksien arvostaman menestyksen kautta. Toisaalta osa potilaista käyttää selviytymiskeinonaan omien ongelmien kieltämistä. (Mustonen 2008.)

Erilainen kieli ja kulttuuri tuovat omat haasteensa hoitosuhteeseen. Joskus käy myös niin, että vaikka potilas hakeutuisi hoitoon, hän ei koe saavansa apua, jolloin eivät potilas ja palvelut kohtaa tarkoitettua tavalla. Hoitoon tullessaan potilaat saattavat kertoa vain osan ongelmistaan ajatellen, että muut asiat eivät ole niin oleellisia. Potilas voi kertoa jonkun tietyn oireen myös siksi, että toivoo saavansa hoitoa juuri tietystä paikasta. Potilaan kokonaistilanne jää siten hoitohenkilökunnalta hahmottamatta. Etenkin avohoidossa voi käydä näin. Yhteishoidossa ja osastolla potilasta pystytään tarkkailemaan kokonaisvaltaisemmin ja useampien ammattihenkilöiden näkökulmasta. (Mantila 2005, 28.) Erityisesti vastahakoisille, ristiriitaisille ja omaa päätösvaltaansa varjeleville potilaille voi olla apua motivoivasta haastattelusta. Se on keskusteluterapian ja potilaan kohtaamisen muoto, jossa potilaan omia muutoshaluja ja muutospuhetta pyritään herättelemään ja vahvistamaan. (Koski-Jännes, Lahti & Rakkolainen 2013.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden lääkinnässä ongelmia tuottaa se, että osa potilaista saattaa kieltäytyä kokonaan lääkkeestä ja toiset taas voivat olla todella lääkehakuisia. Monien potilaiden lääkeriippuvuudet tuovat omat haasteensa hoitoon. Päihteiden käyttö pahentaa monien perussairauksia kuten verenpainetautia ja diabetesta. Päihteidenkäyttäjillä ilmenee myös oheissairauksia, joista yleisimpiä ovat maksa- ja neurologiset sairaudet ja toimintahäiriöt sekä erilaiset infektiot kuten c-hepatiitti. (Mantila 2005, 30.)

Työyhteisöön liittyviä haasteita kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ovat yhteistyö eri toimijoiden kesken. Yhteistyön tulisi toimia niin yksikön sisällä kuin suhteessa toisiin yksiköihin ja kolmanteen sektoriin. Yhteistyön tulisi toimia eri mielenterveys- ja päihdehoitoyksiköiden välillä ja niillä tulisi olla selkeää yhteistyötä tai sitten niin, että kumpaankin ongelmaan saisi hoitoa samasta paikasta. Muuten käy helposti niin, että kaksoisdiagnoosipotilaasta tulee eräänlainen väliinputoja, joka ei koe saavansa selkeää hoitoa mistään. Kaksoisdiagnoosipotilailla on usein myös sosiaalisia esim. talouteen ja asumiseen liittyviä ongelmia, jolloin tarvitaan sosiaalityöntekijää. Osalla potilasta on myös rikollista käyttäytymistä. (Mantila 2005, 1-2, 16, 31-32.) Kaksoisdiagnoosipotilaille on usein vaikea löytää hoitotahoa, joka ottaisi pitkäaikaisen vastuun potilaan hoidosta. Psykiatrian hoitojärjestelmä voi kieltäytyä hoitamasta potilasta päihteiden käytön vuoksi, jolloin voi käydä niin, ettei kroonisesta päihderiippuvuudesta kärsivä potilas pääse välttämättä lainkaan psykiatriseen arvioon ja hoitoon. (Aalto 2010.)

Sosiaalityöntekijöitä haastatteleamalla tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon suurimpia haasteita ovat työntekijöiden asenteellisuus, potilaiden moninaiset sosiaaliset ongelmat sekä palvelujärjestelmän hajanaisuus, joka osaltaan vaikeuttaa hoitoon pääsyä ja hoidon etenemistä. Asenteellisuus aiheuttaa ongelmia kaksoisdiagnoosipotilaiden tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden toteutumiselle. Potilailla oli paljon hankaluuksia perustarpeisiin liittyen, sillä esimerkiksi asuminen ja taloudellinen tilanne tuottivat monelle ongelmia. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus näkyi pahimmillaan siten, että kaksoisdiagnoosipotilas jäi kokonaan ilman hoitoa, kun mielenterveyspalvelut edellyttivät päihteidenkäytön hallintaa ja päihdepalvelut taas katsoivat potilaan psykiatriset ongelmat liian suuriksi. (Kurkela 2013.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan tunnistaminen voi olla vaikeaa. Joko päihteidenkäyttö tai mielenterveysongelma saattaa jäädä huomaamatta ja tunnistamatta. Erilaisista mittareista kuten Audit (päihteiden käyttö), MDQ (kaksisuuntainen mielialahäiriö) ja Beckin depressiomittarista voi olla hyötyä potilaan kokonaistilanteen arvioinnissa. Niitä voidaan käyttää myös apuna potilaiden kanssa käytävissä keskusteluissa. Mittarien käyttö voi johtaa potilaan oikeaan diagnosointiin. (Mantila 2007, 32-33.)

Päihteidenkäytöllä ja lääkkeiden väärinkäytöllä nähdään yhteys persoonallisuushäiriöiden kanssa. Mielialahäiriöillä taas nähdään olevan yhteys liialliseen alkoholinkäyttöön. Erityisen hankalaksi nähdään traumaattiset lapsuuden kokemukset ja niiden myötä lapsena tai nuorena alkanut päihteiden käyttö, joka haittaa nuoren psykososiaalista kehitystä. (Mantila 2007, 33-34.)

Hoidon haastavuutta lisää myös se, että joidenkin potilaiden kohdalla päihteiden käyttöä ilmenee useammassa sukupolvessa. Erityistä tuhoa potilaan terveydelle aiheuttaa monien eri päihteiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö samaan aikaan. (Mantila 2007, 36.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon haasteita on tullut ilmi myös seuraavissa asioissa: potilas haluaa lääkemuutoksen ja omalääkäri ei ole paikalla, lyhyet hoitoajat, jolloin lääkitystä on vaikea saada hoitotasolle, lääkäreiden vaihteleva paneutuminen vieroitushoitoihin, hoitohenkilökunnan puute, potilaiden omaisten väsyminen, jolloin he eivät jaksu tukea potilasta, organisaatiomuutokset, potilaan omaisten kanssa puhuminen, jos ilmapiiri ei ole avoin, jatkohoito- paikkojen vaatimus päihteettömyydestä on monille potilaille liikaa, kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattujen palvelujen vähäisyys, ongelmat tiedonsiirrossa ja mielenterveyspalvelujen saaminen päihdepotilaalle. (Mantila 2007, 62.)

### 2.3 Mielenterveys

Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta. Se ei ole pysyvä tila vaan muokkautuu ihmisen koko elämän ajan kehityksen ja persoonallisen kasvun myötä. Mielenterveyden voimavarat kasvavat ja uusiutuvat suotuisissa olosuhteissa, kun taas epäsuotuisissa ne kuluvat enemmän kuin ehtivät uusiutua. Mielen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ihmisen sopeutumiskyky, identiteetti ja itseluottamus, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset yhteisöt, joihin ihminen kuuluu, biologiset tekijät, yhteiskunnalliset tekijät sekä kulttuuriset tekijät kuten yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja mielenterveyden sosiaaliset kriteerit. (THL 2014.)

Mielenterveydellä ja sen ongelmilla ei ole selkeitä määritelmiä. Mielenterveysongelmat ovat iso ryhmä erilaisia oireyhtymiä, joita yhdistää se, että ne vaikuttavat erityisesti ajatteluun ja tunne-elämään. Diagnoosit määritellään oireiden ja niiden määrän, vakavuuden ja keston perusteella. Joitain oireita on suurimmassa osassa eri mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveysongelmien syytä ei tiedetä tarkasti (miksi toinen sairastuu ja toinen ei). Ihmisen herkkyyden reagoiminen asioihin vaikuttaa. Yhtä selvää syytä sairastumiseen ei usein ole, vaan sairastuminen on monen tekijän summa. Esimerkiksi menetykset, stressi ja syrjäytyneisyys altistavat mielenterveysongelmille. (Koskisu 2003, 12.)

Sairastuminen ja oireilu vaihtelevat yksilöllisesti. Toinen voi sairastua yhtäkkiä ja toisen oireet voivat pahentua vähitellen pitkän ajan kuluessa. Myös oireilun kesto ja vakavuus vaihtelevat paljon. Oireita on hyvin monenlaisia. Mielialahäiriöitä voivat olla ahdistus, masentuneisuus ja jyrkät mielialanvaihtelut, pelot ja jännittäminen. Tunteiden muuttuminen voi ilmetä liiallisena reagoitina suhteessa asioiden suuruuteen tai voi olla myös niin, etteivät asiat tunnu oikein miltään. Kaikki voi myös tuntua vaikealta ja pahalta. Myös muistissa, keskittymises-

sä, ajattelussa, arvostelukyvyyssä unessa ja aistikokemuksissa voi olla häiriöitä. Usein oireet koetaan hallitsemattomiksi. (Koskisuus 2003, 12-13.) Psykiatristen sairauksien hoidossa korostuu elämänlaadun parantaminen. Psykiatriset sairaudet ovat usein monioireisia, pitkäkestoisia sekä laajasti toimintakykyyn ja subjektiiviseen elämysmaailmaan vaikuttavia. Kun elämänlaadun menetystä mitataan, yleiset psykiatriset sairaudet sijoittuvat samalla tasolle vaikeimpien, kroonisten somaattisten sairauksien kanssa. Etenkin masennus- ja ahdistushäiriöiden elämänlaatua heikentävä vaikutus on merkittävä. (Saarni & Pirkola 2010.)

Etenkin oireiden jatkuessa pidempään oireet ja niiden aiheuttamat arjen ongelmat voivat alkaa pyöriä jatkuvasti potilaan mielessä ja haitata päivittäistä toimintaa. Monet mielenterveysongelmaiset kuvaavatkin sairastumista aiheuttamaa kokemusta elämän kaventumisena. Monet kokevat erilaisuutta muihin nähden, elämän hallinnan menettämisen tunnetta ja voimattomuutta ja jaksamattomuutta. Asiat, jotka tuntuivat ennen helpoilta voivat sairastumisen jälkeen tuntua jopa ylitsepääsemättömän vaikeilta. (Koskisuus 2003, 13.)

Mielenterveys ei kuitenkaan ole vain mielen sairauksien puuttumista vaan ihmisen kykyä selviytyä arjessa ja mielen hyvää vointia. Hyvä mielenterveys on voimavara, jonka avulla ihminen voi kokea elämänsä mielekkääksi ja pystyä muodostamaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Hyvän mielenterveyden myötä ihminen pystyy myös olemaan yhteisössään luova ja tuottava jäsen. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee hyvän mielenterveyden kyvyksi luoda ihmissuhteita, kyvyksi välittää toisista ihmisistä, kyvyksi tehdä työtä, kyvyksi sietää ajoittaista ahdistusta ja hallinnan menettämisen tunteita sekä kyvyksi sopeutua omassa elämässä tapahtuviin muutoksiin. Hyvä mielenterveys myös mahdollistaa taidon ilmaista tunteita. (THL 2014.)

Eriasteisista mielenterveyden häiriöistä kärsii noin 27 prosentilla Euroopan väestöstä. Epidemiologisten tutkimusten mukaan ongelmat ovat yleisempiä naimattomilla, työttömillä, naisilla sekä alemmissa koulutus- ja tuloryhmissä olevilla. Psykykkisellä oireilulla tarkoitetaan yleisluonteista mielenterveyden oireilua kuten stressi-, masennus-, unettomuus- ja ahdistusoireita. Oireilu on yhteydessä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen, heikentyneeseen elämänlaatuun ja kohonneeseen kuolleisuuteen. (Talala 2013.)

Suomessa mielenterveysongelmien esiintyvyys on länsimaista keskitasoa useimpien häiriöiden osalta. Mielenterveysongelmien kansanterveydellinen merkitys korostuu, koska niihin sairastutaan usein nuorena. Osalla häiriöt myös kroonistuvat ja johtavat siten työkyvyttömyyteen. Häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito kuitenkin parantavat ennustetta. Mielenterveyden ongelmiin liittyy edelleen häpeää, mikä hidastaa hoitoon hakeutumista. Vanhempien oireillessa on tärkeää tukea koko perhettä. (Suvisaari 2013.)

Masennus- ahdistuneisuus- ja syömishäiriöt ovat yleisempiä naisilla ja päihde- ja käytöshäiriöt miehillä. Mielenterveyden häiriöt ovat suurin työkyvyttömyyseläkkeiden sairausryhmä. Vuonna 2011 Suomessa oli 252 200 työkyvyttömyyseläkettä saavaa henkilöä. Heistä 46 prosenttia oli työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön takia. Työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2011 siirtyneiden kolme tärkeintä ryhmää olivat mielialahäiriöt, skitsofrenia ja skitsofreniaryhmän psykoosit ja älyllinen kehitysvammaisuus. (Suvisaari 2013.)

Vaikka mielenterveysongelmien aiheuttama työkyvyttömyys on lisääntynyt, varsinaisten mielisairauksien ilmeneminen on pysynyt vakaana. Etenkin työuupumus ja masennus johtavat työkyvyttömyyseläkkeelle. Yhteiskunnan yksilöllistyminen ja kilpailun lisääntyminen nähdään syynä jaksamattomuuden, keskittymisvaikeuksien, väsymyksen ja voimattomuuden lisääntymiselle. Uupunut ihminen ei enää pysty sopeutumaan jatkuviin muutoksiin ja kehittämistarpeisiin. (Lähteenlahti 2008.)

Hyvää kehitystä on nähtävissä itsemurhien ja nuorten humalahakuisen juomisen vähenemisessä. Huolestuttavaa kehitystä on nähtävissä lasten sijoittamisessa kodin ulkopuolelle. Sijoitusten suhteellinen osuus on kasvanut. Masennushäiriöiden osalta ei ole havaittavissa juuri muutoksia. Tyttöjen masennus saattaa olla lisääntymässä. Mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyssä on omia keinoja ja menetelmiä eri-ikäisille ja eri elämäntilanteissa oleville. (Suvisaari 2013.)

### 2.3.1 Toimintakyky

Suurimpaan osaan mielenterveysongelmista liittyy pitkä- tai väliaikaista toimintakyvyn alenemista. Toimintakyky on ihmisen kyky tehdä asioita ja toimia itseään tyydyttävällä tavalla ja sopusoinnussa ympäristön kanssa. Se on siis kykyä toimia arjen tilanteissa ja vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa niin, että toiminta vastaa riittävästi toisten odotuksia ja ihminen on myös itse tyytyväinen siihen. Toimintakyky on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä. Sen aleneminen voi ilmetä siten, ettei pysty enää toimimaan niin kuin haluaisi, mikä voi johtaa vaikeuksiin suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäristöön. Toimintakyvyn aleneminen voi johtaa myös itsetunnon heikkenemiseen, kun kokee, että pitäisi jaksaa tehdä asioita samalla lailla kuin muutkin ihmiset. Tästä seuraa huonommuuden tunne. (Koskisuu 2003, 18-21.) Toimintakyvyn arviointi ja mielenterveyden ongelmien varhainen tunnistaminen ovat tärkeitä seikkoja työ- ja toimintakyvyn säilyttämisen kannalta. Kuntoutus- ja hoitotoimet tulee ajoittaa oikein, jotta niillä voidaan parhaalla mahdollisella tavalla tukea työ- ja toimintakykyä. (Melartin, Tuisku & Vuokko 2011.)

Toimintakyky ja jaksamattomuus vaikuttavat myös ihmissuhteisiin ja rooleihin, kuten vanhemmuuteen. Sairastunut ei välttämättä jaksaa olla täysipainoinen vanhempi tai panostaa pa-

risuhteeseen. Tämä kuormittaa myös läheisten elämää. Arjessa selviytyminen liittyy itsenäisyyteen ja sen myötä myös itsetuntoon. Jos aikuinen ihminen kokee, ettei hän enää selviä arkisista asioista ja tehtävistä vaan on toisten avun varassa, hän voi kokea itsensä avuttomaksi ja huonoksi. Tällaiset tunteet puolestaan voivat laskea itsetuntoa. (Koskisu 2003, 18-21.)

Ympäristö voi joko tukea tai heikentää ihmisen toimintakykyä. Yksilön toimintakykyyn vaikuttavat myös hänen omat selviytymiskeinonsa sekä subjektiiviset kokemuksensa ja tulkintansa tilanteista. Mielenterveyden häiriöille on ominaista että subjektiivinen ja objektiivinen näkemys asioista saattavat olla ristiriidassa keskenään. Ahdistus- ja masennushäiriöissä voi ilmetä ajatuksia ja tulkintoja, jotka ovat häiriön takia vääristyneet tavallista kielteisemmiksi. Tällöin ihminen voi aliarvioida myös oman toimintakykynsä. Vaikeammissa mielenterveyden häiriöissä myös ihmisen kyky hahmottaa omaa tilannettaan voi olla vääristynyt. (Melartin, Tuisku & Vuokko 2011.)

Omien mahdollisuuksien ja toimintakyvyn näkeminen realistisesti on osa kuntoutumista. Joskus omat asenteet ja ajattelutavat voivat kuitenkin hidastaa kuntoutumista. Esim. jos ihmisen itsetunto perustuu vahvasti tekemiselle ja toimintakyvylle, niiden lasku voi olla kova paikka. Tällöin auttaa, jos pystyy ajattelemaan, ettei sairaana tarvitsekaan jaksaa entiseen malliin. Toimintakyvyn kohdalla kuntoutumista voi olla myös sen, että hyväksyy itsensä, vaikka tekee vähemmän kuin muut ihmiset. (Koskisu 2003, 20-21.) Toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi on tärkeää selvittää myös ihmisen vahvuudet, voimavarat, selviytymiskeinot ja jäljellä oleva toimintakyky. Sosiaalinen ympäristö, toiminnallisuus ja ihmisen toimintakyvyn ja jaksamisen kannalta sopiva määrä työtä tukevat hyvää elämänlaatua ja mielenterveyttä sekä ehkäisevät syrjäytymistä. (Laukkala, Melartin, Mäntynen, Tuisku & Vuokko 2012.)

Toimintakykyä laskevat erityisen voimakkaasti etenkin psykoottiset häiriöt. Niissä toimintakyvyn lasku on usein elinikäistä. Psykoottisista häiriöistä kärsivillä on monesti myös useita fyysisiä sairauksia ja heidän elinikänsä on lyhyempi kuin ihmisillä keskimääräisesti. Suomessa kaikkien psykoottisten häiriöiden elämänaikainen esiintyvyys on 3,5 prosenttia. Skitsofrenia on yleisin psykoosien aiheuttaja. Etenkin työikäisillä miehillä myös päihdepsykoosit ovat yleisiä. Heille niitä aiheuttaa etenkin alkoholi. Ei-mielialaoireiset psykoosit ovat yleisempiä kuin mielialaoireiset. (Perälä 2013.)

Psykoottisten häiriöiden on todettu olevan yhteydessä matalaan sosioekonomiseen asemaan ja niiden esiintyvyys vaihtelee Suomessa ihmisen syntymäpaikan mukaan. Pohjois- ja Itä-Suomessa syntyneillä psykooseja ilmenee eniten ja Lounais-Suomessa syntyneillä vähiten. Syntymäpaikka nostaa etenkin skitsofreniaan sairastumisen riskiä enemmän kuin asuinpaikka tai ympäristö kuten kaupunki tai maaseutu. (Perälä 2013.)

### 2.3.2 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaki (1990/1116) määrittelee mielenterveystyön yksilön toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisuuden edistämiseksi sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi, lievittämiseksi ja parantamiseksi. Mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ennaltaehkäisevät mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveystyön asiantuntijavirastona toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Finlex 1990.)

Terveidenhuoltolain (2010/1326) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä. Erikoissairaanhoitolaissa (1989/1062) tarkoitetun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista. Kunnan tulee huolehtia siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään laajuudeltaan ja sisällöltään sellaisiksi kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää. Sairaanhoitopiirin kuntaryhmän ja alueella toimivien terveyskeskusten on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut ovat toiminnallinen kokonaisuus. Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoidosta on laadittava hoitosuunnitelma. (Finlex 1990.)

### 2.4 Kuntoutuminen

Kuntoutuminen on oman elämän uudelleen rakentamista, oppimista ja uusien merkitysten muodostumista muuttuneessa elämäntilanteessa. Toimintakyky on yksi kuntoutumisen avainkäsitteistä. Ihmisen kokonaisvaltainen toimintakyky sisältää psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä voimavaroja, arjessa selviytymistä, vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa ja osallistumismahdollisuuksia. Elämänhallinta määritellään usein kuntoutumisen tavoitteeksi. (Koukkari 2010.)

Ennen kuin kuntoutuminen ja toipuminen voi alkaa, pitää sairauden oireet saada jollakin tavalla hallintaan. Ihan niin kuin sairastuminen myös kuntoutuminen on yksilöllistä. Toiset paranevat nopeasti, toisilla se voi viedä vuosia. Joskus hoidosta huolimatta jotkut oireet voivat jäädä pysyviksi. Tällöin tulee pohtia, miten voi elää mahdollisimman hyvää elämää kyseisten oireiden kanssa. Voi käydä myös niin, että paranemisen jälkeenkin uudelleen sairastumisen pelko jää, mikä vähentää uskoa omaan jaksamiseen. (Koskisu 2003, 15.)

Kuntoutuminen ei tarkoita aina samaa kuin kokonaisvaltainen toipuminen ja kaikkien oireiden poistuminen. Kuntoutumista on myös se, että oireet lievittyvät ja vähenevät ja elämän hallinta ja tasapaino lisääntyvät. Kuntoutuminen myös tarkoittaa eri ihmisille hieman eri asioita. Joku kuntoutuja saattaa kokea kuntoutumisen oireiden poistumisena, toinen hyvänä mieliala-



na ja kolmas toimintakyvyn lisääntymisenä. Ainakin jossain määrin kuntoutuminen on mahdollista kaikkien kohdalla, oli sairaus sitten kuinka vaikea tahansa. (Koskisuus 2003, 15-17.) Henkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen on tärkeää. Tuki saattaa löytyä hyvin pienistäkin arjen asioista ja tilanteista. Usein ihminen itse tietää parhaiten ne pienet asiat, jotka auttavat häntä parhaiten eteenpäin. (Riikonen 2008.)

Kuntoutuminen on oireiden helpottumista, mielialan paranemista ja toimintakyvyn lisääntymistä sekä myös uuden tilanteen hyväksymistä ja uusien toimintatapojen opettelua. Kuntoutujan vointi voi vaihdella päivittäin ja välillä tulla takapakkiakin. Kuntoutumiseen ei riitä vain se, että saa lääkkeitä ja terapiaa, vaan potilaan tulee myös itse haluta kuntoutua ja toipua. Lääkitys luo edellytyksiä kuntoutumiselle, mutta ei yksinään paranna. (Koskisuus 2003, 12-15.)

Potilaan tukemisessa ja kuntoutumisessa keskeisiä asioita ovat mm. luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen, mahdollisimman pitkäkestoinen ja inhimillinen vierellä kulkeminen potilaan elämässä, potilaan omista toiveista liikkeelle lähteminen hoidossa, työntekijän kyky olla läsnä, potilaan vapaaehtoinen osallistuminen, motivoituneisuus ja sitoutuminen hoitoon, potilaan voimaantumisprosessin liikkeelle lähtö ja eteneminen, hoitajan kyky potilaan toimintakyvyn arviointiin ja potilaan toivon ylläpitäminen. (Haverinen, Hinkka & Koivisto 2006.)

Päihdeongelmallisille on olemassa ammatillisesti ohjattuja ja asiakasjärjestöjen tarjoamia vertaistukiryhmiä. Vertaistukea annetaan ja saadaan yleensä niin, että tietty ryhmä kokoontuu tietyssä aikana vaihtamaan kokemuksia ja ajatuksia. Ryhmä voi olla joko keskusteluun tai tekemiseen painottuva. Vertaistuen idea on siinä, että samanlaisista ongelmista kärsivät ihmiset saavat toisiltaan tukea ja ymmärrystä ja huomaavat, etteivät ole maailmassa yksin ongelmien kanssa. Osallistuvat tulevat kuulluiksi ja hyväksytyiksi tasavertaisesti. Vertaistuki on kokemustenvaihtoa samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kesken. (THL 2014.)

Potilaan kuntoutuminen alkaa usein siitä pisteestä, kun potilas kokee, että hänen mittansa mielenterveys- tai päihdeongelman suhteen on tullut täyteen tai ettei hän enää kestä. Jotkut kokevat asian niin vahvasti, että heistä tuntuu, ettei ole enää muita vaihtoehtoja kuin kuntoutua tai kuolla. Tämä kokemus johtaa hoitoon hakeutumiseen. Välillä käy myös niin, että potilas hakeutuu hoitoon siinä vaiheessa, kun omat ja läheisten tukemat toipumisyriytykset eivät ole onnistuneet ja jaksaminen on loppunut niin itseltä kuin toisiltakin. Toipumiseen motivoi joskus myös häpeä siitä, millaiseen tilaan on joutunut tai mitä on tullut tehtyä. Häpeä motivoi, koska potilas ajattelee, ettei hän halua kokea vastaavaa enää koskaan. (Falk, Kaanpää & Kurki 2013.)

Kuntoutumisen kannalta vertaistuki koetaan tärkeäksi etenkin päihdepotilaiden kohdalla. Joskus se voi olla jopa ratkaiseva tekijä toipumisen kannalta. Ratkaisevaa on hyväksytyksi tule-

misen tunne, ymmärrys ja kokemus siitä, ettei ehkä olekaan niin epäonnistunut ihminen. Tämä kokemus vaikuttaa olevan jopa niin korvaamaton, ettei toipuminen ala kunnolla ennen sitä. Ammattihenkilöiden usko potilaan kuntoutumiseen ja kyky auttaa siinä ovat myös tärkeitä asioita. Ammattihenkilön aito läsnäolo, potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta ja ammattihenkilön ja potilaan välinen tasavertaisuuden tunne ovat olennaisia. Monelle on myös tärkeää nimenomaan toisen ihmisen kohtaaminen eikä niinkään kohtaaminen potilas- ja hoitajaroolien mukaan. (Falk ym. 2013.)

Arkiset asiat ja tavallinen elämä ovat tärkeitä kuntoutumisen etenemiselle. Monessa tapauksessa on oleellista luopua jostain vanhasta ja suunnata katse uuteen. Vanhoista tavoista tai jopa asuinpaikasta voi joutua luopumaan. Samalla on hyvä kiinnittyä johonkin uuteen. Etenkin päihdeongelmainen voi joutua luopumaan myös vanhoista ystävistään, jolloin hän tarvitsee tilalle uusia ystäviä. Liikunta on yksi asia, josta moni kokee hyötyvänsä. Se parantaa niin fyysisistä kuin psyykkistäkin terveyttä. Kunnan kohotessa ja onnistuneiden suoritusten myötä potilaan itsetunto nousee. Joillekin lemmikki tuo kiintopisteen arkeen, kun on joku, josta on vastuussa ja josta saa seuraa. (Falk ym. 2013.)

#### 2.4.1 Kuntoutumisen vaiheet

Kuntoutumisessa on monta vaihetta. Kuntoutujat itse kuvaavat kolme eri vaihetta, joihin sisältyy erilaisia asioita. Ensimmäinen vaihe on jämähtäneisyydestä irti pääsy. Siihen sisältyy orastava halu muutokseen, oman tilanteen hyväksyminen ja toivon ja inspiraation lähteiden löytäminen. Toinen vaihe on menetetyn takaisin hankkiminen ja eteenpäin lähtö. Siihen kuuluvat; oman tahdon löytäminen ja vaaliminen (asenteiden muutos ja vastuu itsestä ja elämästään), käsityksien muuttuminen suhteessa itseen, ympäristöön ja sairauteen ja toimintakyvyn palautuminen (ihmissuhteet, aktiivisuus, itsestä huolehtiminen). Kolmas vaihe on elämänlaadun parantaminen. Se sisältää pyrkimyksen voida hyvin (itsetunto, tasapaino, asioista kiinnostuminen, uusien ajattelutapojen oppiminen ja rauhallisuus) ja pyrkimyksen saavuttaa uutta (mielekkäisyys ja merkitys elämälle, itsenäisyys, elämänlaadun kohentuminen, myönteisyys ja oireiden hallinta ja väheneminen). (Koskisu 2003, 39.)

Psykiatrisesta kuntoutuksesta puhutaan pääasiallisesti skitsofreniaryhmän sairauksien ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla. Muiden lievempiasteisten mielenterveyden häiriöiden kohdalla käytetään usein termiä mielenterveyskuntoutus. (Lähteenlahti 2008.) Psykiatrinen kuntoutus alkaa arviointiprosessilla, jolla selvitetään kuntoutujan kuntoutumisvalmiutta, tehdään kuntoutustutkimuksia kuten diagnostisia selvityksiä ja neuropsykologisia tutkimuksia. Nuorien kohdalla tutkitaan myös iän mukainen kehitysaste ja itsenäistymisen tilanne. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan tarkasti kuntoutujan nykytila, voimavarat, kyvyt, vahvuudet ja kuntoutumisen tavoitteet. Suunnitelmaan kirjataan myös välitavoitteet ja niiden arviointi. Psykiatrinen kuntoutuksen tavoitteena on potilaan itsetunnon ja elämänlaadun vahvistaminen

sekä fyysisten, psyykkisten ja ammatillisten valmiuksien parantaminen. Kuntoutus on pitkä prosessi, joka onnistuu parhaiten, kun kuntoutus on kokonaisvaltaista ja siinä otetaan huomioon myös kuntoutujan vuorovaikutussuhteet. (Lähteenlahti 2008.)

Päihderiippuvuudesta kuntoutuminen on usein pitkä prosessi. Se voi kestää muutamasta viikosta vuosiin. Kuntoutuminen voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen; päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen minimointi, vieroitus, kuntouttava päihdehoito sekä sosiaalinen ja ammatillinen kuntoutus. Kuntoutuminen ei etene suoraviivaisesti vaan eri vaiheiden rajat ovat häilyviä ja takapakkeja voi tulla. Kuntoutuksessa käsitellään potilaan päihteiden käyttöä ja karotetaan elämäntilannetta. Potilasta tuetaan elämänhallinnan ongelmien ratkaisemiseen ja toimintakyvyn lisääntymiseen. Kuntoutukseen voi sisältyä sekä avo- että laitoshoidoa. (THL 2014.)

#### 2.4.2 Kuntoutumista tukevat asiat

Kuntoutumista edistäviä tekijöitä ovat mm. potilaan valmiudet selviytyä omaehtoisesti, positiivinen suhtautuminen kuntoutumiseen, oma halu kuntoutua, omiin tavoitteisiin sitoutuminen, onnistumisen kokemukset ja ympäristöltä saatu kannustus. Keskeistä on, että potilas kokee oppineensa uutta kuntoutumisprosessin aikana ja, että hän pystyy ottamaan uudet taitonsa omatoimisesti käyttöön. Kuntoutujalle on tärkeää, että hän kokee pystyvänsä tulevaisuudessa hallitsemaan itseään ja elämäänsä muutostilanteissa. Kuntoutuja onkin hyvä tiedostaa omat valmiutensa ja kykynsä ja opetella suhtautumaan myös vaikeisiin asioita myönteisellä asenteella ja sisukkuudella. (Koukkari 2010.)

On monia asioita, jotka tukevat kuntoutumista. Tuen määrän ja laadun tarve vaihtelevat yksilöittäin. Monet kokevat lääkkeet tärkeäksi osaksi kuntoutusta. Toisaalta sopivan lääkkeen löytymisen vaikeus aiheuttaa turhautumista. Lääkitys ei kuitenkaan auta yksinään parantamaan ketään. Potilaat haluavat ymmärtää sairauttaan, joten he tarvitsevat tietoa siitä. Omalla tahdolla on myös erityisen suuri merkitys, potilaan pitää itse haluta parantua. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee tukea ja ihmisen, jonka kanssa puhua kunnolla. Myös vertaistuki ja rohkaisevat, tasa-arvoiset ihmissuhteet koetaan erityisen tärkeinä kuntoutumiselle. Samoin mielekäs tekeminen, oman avuntarpeen tunnistaminen, hengellisyys, selviytymiskeinojen opettelu (oppiminen rentoutumaan, tuntemaan hyvää oloa ja rauhallisuutta), sinnikkyys, perustarpeista huolehtiminen, mahdollisuus tukea muita ja kokemus elämän tarkoituksesta ja merkityksellisyydestä voivat olla tärkeitä asioita kuntoutumisen kannalta. Puolison merkitys korostuu erityisesti, ihminen haluaa rakastaa ja tulla rakastetuksi. Tämä tuo elämään merkitystä. Erityisesti kuntoutumisen alussa voi olla tärkeää, että kuntoutujalla on joku ihminen, joka uskoo kuntoutujan selviytymiseen. (Koskisu 2003, 50-54.)

Mielenterveyttä ja sen myötä myös kuntoutumista tukevia tekijöitä on useita. Sisäisiä, mielenterveyttä tukevia tekijöitä ovat mm. riittävän hyvä itsetunto, ongelman ratkaisutaidot, hyväksytyksi tulemisen tunne, vuorovaikutustaidot, kyky muodostaa ja ylläpitää ihmissuhteita, mahdollisuus toteuttaa itseään, hyvät varhaiset vuorovaikutussuhteet, hyvä fyysinen terveys ja perimä. Ulkoisia tekijöitä taas ovat mm. vaikuttamismahdollisuudet, kuulluksi tuleminen, turvallinen elinympäristö, ystävät/sosiaaliset suhteet, työ/toimeentulo ja helposti saatavilla olevat yhteiskunnan auttamisjärjestelmät. (Laitila 2010.)

Sosiaaliset suhteet ja ympäristö ovat ihmiselle todella tärkeitä. Ne motivoivat ihmistä ja vahvistavat itsetuntoa. Itsetuntoon vaikuttaa ihmisen oma tapa suhtautua myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin. Positiiviset kokemukset vaikuttavat samalla lailla sekä huonolla, että hyvällä itsetunnolla varustettuihin ihmisiin. Ne saavat molemmilla aikaan myönteisiä reaktioita ja nostavat mielialaa. Negatiivisten kokemusten kohdalla taas ihmiset reagoivat eri tavoilla. Ihminen, jolla on hyvä itsetunto, työntää negatiiviset kokemukset pois mielestään, torjuu ja unohtaa ne sekä vähättelee niiden merkitystä. Huonolla itsetunnolla varustettu taas ottaa negatiiviset kokemukset raskaasti, koska häneltä puuttuvat negatiivisten tunteiden käsittelyssä tarvittavat keinot. Ihmisen itsetunnolla on siis iso merkitys kuntoutumisen etenemisen kannalta. (Koukkari 2010.)

#### 2.4.3 Esteet kuntoutumiselle

Kuntoutumiselle voi olla myös esteitä. Näitä ovat mm. jaksamattomuus ja itseluottamuksen puute. Niiden kanssa kamppailu voi viedä kuntoutujalta paljon voimia. Toipumisen alettua oman pystyvyyden, luottamuksen ja itsetunnon rakentuminen on hidasta ja helposti haavoittuvaa. Sairaus pelottaa ja pienetkin epäonnistumiset voivat tuntua suurilta. Kielteisiä ajatuksia voi aiheutua, jos toipuminen ei edisty toivotulla tavalla. Myös ratkaisemattomat ristiriidat esim. ihmissuhteissa voivat haitata toipumista. Syrjäytyminen ja se, ettei saa tarpeeksi tukea, voivat muodostua isoiksi esteiksi kuntoutumiselle. Jotkut käyttävät esim. alkoholia tunteakseen olonsa paremmaksi tai uskaltaakseen puhua ihmisten kanssa. Tästä seuraa lisää uusia ongelmia, jotka taas hidastavat kuntoutumista. (Koskisu 2003, 48-50.)

Kuntoutumista hidastavia tekijöitä ovat myös ristiriitaiset ajatukset selviytymisestä, kokemus autonomian mitätöinnistä sekä kunnollisen kuntoutuksen puuttuminen. Kuntoutuja ei aina arvosta itseään eikä koe tavoitteitaan merkityksellisiksi, mikä haittaa kuntoutumista. Kuntoutuja tarvitsee usein ulkopuolista kannustusta, joten sen puute voi hidastaa kuntoutumista. (Koukkari 2010.)

Leimautuminen koetaan vaikeimmaksi kuntoutumista haittaavaksi tekijäksi. Viime vuosina leimautuminen on vähentynyt. Mielenterveyspotilas voi edelleen kokea syrjintää ja ennakkoluuloja ja häneen voi kohdistua kielteisiä asenteita. Monet ennakkoluulot johtuvat tietämät-

tömyydestä. Mielenterveysongelmat koetaan vieraiksi eikä tiedetä, miten mielenterveyspotilaan kanssa tulisi käyttäytyä. Ihmisille on vaikea asia hyväksyä omaa sairauttaan ja sen aiheuttamaa heikkouden ja huonouden tunnetta, joten toisten kielteiset asenteet vain pahentavat asiaa. Leimautumisen pelossa ihmiset salailevat oireitaan eivätkä välttämättä uskalla kertoa niistä juuri kenellekään. (Koskisu 2003, 48-50.)

Mielenterveyttä heikentäviä ja samalla myös kuntoutumista estäviä sisäisiä tekijöitä ovat mm. avuttomuuden tunne, itsetunnon haavoittuvuus, seksuaaliset ongelmat, huonot ihmissuhteet, eristäytyneisyys sekä biologiset tekijät kuten sairaudet ja kehityshäiriöt. Ulkoisia, mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä ovat mm. väkivalta, hyväksikäyttö, kiusaaminen, erot, menetykset, työttömyys/sen uhka, päihteet, haitallinen ympäristö, kodittomuus, leimautuminen, köyhyys ja syrjäytyminen. (Laitila 2010.)

#### 2.4.4 Kuntoutus Sanaskodissa

Sanaskodilla on tavoitteena asiakkaan aktiivinen ja kokonaisvaltainen kuntoutuminen. Asiakasta tuetaan raittiuteen koko kuntoutuksen ajan. Raittius on kuntoutuksen kulmakiviä. Tavoitteiden tueksi on kehitetty portaittainen palvelumalli jossa kuntoutuja voi siirtyä itsenäisempään palveluasumiseen turvallisesti, kun hänen tuentarpeensa vähentyy. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää ja varsinkin tukea asiakkaan omaa toimintakykyä ja selviytymistä arjen tehtävissä. Kuntoutus sisältää siksi mm. osallistumisen erilaisiin pieniin askareisiin ja erilaisiin vastuutehtäviin. Jokaisella asiakkaalla on määrätty omahoitaja, joka hoitaa asiakkaan asioita yhdessä kuntoutujan kanssa. Fyysistä toimintakykyä pidetään yllä ravitsemus-, rentoutus- ja liikuntaryhmillä jotka järjestetään viikoittain. Ison osan kuntoutusta muodostavat etenkin terapeutit ja edukatiiviset ryhmät. Niissä käsitellään keskustelun ja harjoitusten avulla mm. riippuvuuden syntymistä, retkahdusta, tunteiden käsittelyä ja tunnistamista sekä erilaisia mielenterveyden ongelmia. (Sanaskoti 2014a.)

Kuntoutuksen alkaessa, kun asiakas tarvitsee eniten tukea, on Sanaskodilla kaksi ympärivuorokautista tukea tarjoavaa 17-paikkaista laitospalveluyksikköä. Valmiiksi kalustettuihin huoneisiin saa halutessaan tuoda omia esineitään. Kuntoutuksen alkaessa laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, jota päivitetään säännöllisesti väliarviointien merkeissä. Lähettävä taho saa myös oman kopionsa väliarviosta, jotta he voivat omalta osaltaan seurata myös asiakkaan kuntoutusta. (Sanaskoti 2014a.)

Sanaskoti tukee asiakasta tehostetulla asumispalvelulla kohti itsenäistä asumista. Asiakkaan asuessa itsenäisesti Sanaskodin vuokra-asunnossa säilyy hänen hoitokontrollinsa entisellään. Tuttua tekemistä arkeen asiakas saa esimerkiksi osallistumalla Sanaskodin ryhmätoimintakeskuksen toimintaan. (Sanaskoti 2014a.)

## 2.5 Syrjäytyminen

Syrjäytymisellä tarkoitetaan sosiaalisten siteiden heikkoutta, joka voi ilmetä perhesuhteiden hajoamisena ja sosiaalisena eristäytymisenä, sekä pitkäaikaista tai uusiutuvaa työttömyyttä. Se on huono-osaisuutta, köyhyyttä ja erkaantumista tavanomaisista sosiaalisista toimintaympäristöistä. Syrjäytyneisyys on poikkeavuutta valtavirrasta ja tavanomaiseksi katsotusta elämästä. Syrjäytyneet elävät muita huonommissa oloissa ja heillä on usein myös huonommat mahdollisuudet osallistua yhteiskunnan toimintoihin kuin muilla ihmisillä. Joissain tapauksissa syrjäytyminen nähdään myös irrottautumisena yhteiskunnan oikeuksista ja velvollisuuksista sekä etääntymisenä yhteiskunnan arvoista. Huono osaamistaso, epävaka työura, pienituloisuus, perheen hajoaminen, huono terveys, asuinalueen huonous ja korkea rikollisuus liitetään usein syrjäytymiseen. Näiden asioiden yhdistelmät nostavat ihmisen riskiä syrjäytyä. (Ala-Kauhaluoma, Harkko & Korkeamäki 2013.)

Vuonna 2005 Suomessa oli 95000 koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevaa 15-24-vuotiasta. Kaikkien virallisten rekisterien ulkopuolella heitä oli 4000. Vuonna 2010 lastensuojelun rekisterissä oli yli 78500 lasta ja nuorta, joista 17000 oli sijoitettu kodin ulkopuolelle. Tammikuussa 2012 oli yli 33000 alle 25-vuotiasta työtöntä työnhakijaa. Joka vuosi noin 5000 nuorta jää ilman toisen asteen koulutuspaikkaa. Heistä 1500 ei hae opiskelupaikkaa peruskoulun jälkeen ja 3500 ei saa sitä yhteishaussa, vaikka on hakenut. Kaikissa arvioissa kaksi kolmesta syrjäytyneestä on miehiä. Vuonna 2013 Suomessa oli koulutuksen ja työelämä ulkopuolelle jääneitä 20-29-vuotiaita miehiä noin 33000 ja naisia noin 18000. (Ala-Kauhaluoma ym. 2013.)

Syrjäytymisen ja hyvinvoinnin erot ovat asioita, joiden kehittyminen lähtee usein jo lapsuudesta. Silloin luodaan pohja myöhemmälle elämälle joten lapsuuden ongelmat heijastuvat aikuisuuteen. Geneettinen perimä, yhteiskunta ja yksilön kasvuympäristö muokkaavat ihmistä ja siirtävät hänelle henkisiä, sosiaalisia kulttuurisia ja aineellisia elämänhallinnan voimavaroja. Varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisevä työ ovat erityisen tärkeitä, jotta syrjäytymiseen johtava kehitys saataisiin pysäytettyä jo ennen ongelmien ilmenemistä. Suurimmassa syrjäytymisvaarassa ovat ne, joiden mahdollisuudet ja resurssit ovat jo alussa heikommät kuin toisilla esim. vammaisuuden, sairauden tai vanhempien ongelmien takia. (Gissler, Merikukka & Paananen 2012.)

Hyvinvoinnin ongelmat ovat kasautuneet tietyille ihmisille. Näitä ongelmia ovat mm. mielen-terveys- ja toimeentulo-ongelmat sekä kouluttamattomuus. Nuorilla, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on muita useammin psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitojaksoja ja rikollisuutta. Ongelmat myös periytyvät sukupolvelta toiselle. Vanhemman vakava sairaus, kuolema, mielenterveysongelma tai työttömyys saattavat heiken-

tää myöhemmin lapsen psyykkistä, sosiaalista ja taloudellista hyvinvointia. Mm. mielenterveysongelmia, työttömyyttä ja alkoholiongelmia todetaan enemmän niillä lapsilla, joiden vanhemmillakin on ollut vastaavia ongelmia. (Gissler ym. 2012.)

Suomessa vuonna 1987 syntyneistä joka viides on saanut psykiatrasta erikoissairaanhoidoa sekä psyykelääkitystä ennen 21 vuoden ikää. 18 prosentilta puuttuu peruskoulun jälkeinen tutkinto ja 40 prosentilla heistä on mielenterveysongelmia. 23 prosenttia kyseisestä ikäluokasta on turvautunut jossain vaiheessa elämäänsä toimeentulotukeen ja 26 prosentilla on merkintä oikeuslaitoksen tai poliisin rekisterissä joko lievestä rikkomuksista tai saaduista tuomioista. Huostaan otettuna tai kodin ulkopuolelle sijoitettuna on ikäluokasta ollut 3 prosenttia. (Gissler ym. 2012.)

Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi on Mikkeliissä kokeiltu ns. liputusta Tajua mut! -hankkeessa. Liputushankkeessa kokeillaan uutta toimintamallia ja sitä tukevaa tietojärjestelmää, joilla mahdollistetaan paikallisten toimijoiden ja viranomaisten yhteistyö. Esim. tietosuojausyöden takia nykyään käy usein niin, että huoli nuoresta jää yhdelle viranomaiselle. Huoli voi herätä monella, mutta tieto ei silti kulje viranomaiselta toiselle eivätkä eri viranomaiset ja toimijat tiedä, mitä muut tekevät nuoren hyväksi. Uudella hankkeella pyritään ennaltaehkäisevään työhön ja nuoren avunsaannin aikaistamiseen. (Sitra 2014.)

Viranomaisilla on yhteinen tietojärjestelmä, johon he voivat kukin tahoiltaan liputtaa nuoresta tietämättä toisistaan. Liputus tarkoittaa sitä, että he ilmaisevat huolensa nuoren hyvinvoinnista, mutta eivät erittele syytä tarkemmin. Liputtamisesta tulee ilmoittaa nuorelle ja hänen huoltajilleen. Kahden ammattilaisen huoli voi käynnistää tuen tarjoamisen ja keskustelun osapuolten kesken. Liputtajat saavat tiedon toisistaan nuoren ja huoltajan (jos nuori on alaikäinen) luvalla. Näin eri viranomaiset voivat yhdessä tarjota tukea nuorelle. Hanke keskittyy 13-29-vuotiaisiin ja se on tarkoitus laajentaa koko Suomeen. Liputusmalli perustuu välittämiseen ja lainsäädännöllisesti nuorisolakiin ja Etsivään nuorisotyöhön. Malli on tullut Suomeen Hollannista, jossa siitä saatiin hyviä kokemuksia. (Sitra 2014.)

Jaksamattomuuden ja muiden oireiden takia mielenterveysongelmainen voi syrjäytyä. Mitä vähemmän jaksaa tavata muita ihmisiä sitä vaikeammalta heidän tapaamisensa alkaa tuntua. Toisten kohtaaminen tulee vaikeammaksi ja vähitellen voi siten syrjäytyä. Mitä enemmän eristäytyy sen vaikeammalta toisten seuraan palaaminen tuntuu. Jokainen tarvitsee kuitenkin ihmisiä ympärilleen. (Koskisu 2003,13.)

## 2.6 Päihteet

Sanana päihde on vaikea määritellä. Sillä kuitenkin tarkoitetaan päihdytysainetta eli ainetta joka päihdyttää. Usein se on aine, joka vaikuttaa ihmisen psyykkisiin toimintoihin. (Terveyskirjasto 2012.) Ihmiset ovat käyttäneet päihteitä jo vuosisatojen ajan vaikuttaakseen mielialaansa, ajatuksiinsa ja käyttäytymiseensä. Tupakka, alkoholi ja erilaiset synteettiset tai luonnonmukaiset huumeet ovat kaikki päihteiksi laskettavia aineita, jotka vaikuttavat ihmisen psyykkisiin toimintoihin. (THL 2009.)

### 2.6.1 Päihdehuoltolaki

Tässä laissa päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa sekä muita päihtymistarkoitukseen käytettäviä aineita. Päihdehuoltolain (1986/41) tavoitteet ovat ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Tavoitteena on myös edistää ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. (Finlex 1986.)

Kunnan tulee huolehtia siitä, että päihdehuolto järjestetään laajuudeltaan ja sisällöltään sellaiseksi, kuin kunnan oma tarve vaatii. Päihdehuollon toimipisteiden ja palvelujen järjestäminen sekä kehittäminen puolestaan kuuluvat sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta taas terveyslautakunnalle. Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten tulee ehkäistä päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä. (Finlex 1986.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulee kehittää niin, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan ongelmakäyttäjiä ja tarpeen mukaan ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö päihdehuoltoon tarkoitettujen palveluiden piiriin. Ensisijaisesti palvelut tulee järjestää avohuollossa niin, että ne ovat helposti tavoitettavissa, joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palveluja on annettava henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Samoin hänen perheelleen ja muille läheisilleen tulee tarjota palveluja. Palvelut on järjestettävä niin, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja, että asiakkaan suoritusta tuetaan. Palveluja annettaessa on ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös työhön, toimeentuloon ja asumiseen liittyviä ongelmia. Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. (Finlex 1986.)

### 2.6.2 Huumeet

Määritellessä huumetta tulee huomioida aineen farmakologiset ja muut vaikutukset. Aine voidaan määritellä huumeeksi, mikäli se on mainittu huumausainesäädöksissä ja jos sitä annostellaan omatoimisesti muussa kuin lääkinnällisessä tarkoituksessa. Huumeilla haetaan yleensä euforian tunnetta, stimulaatiota, sedaatiota tai vierotusoireiden lievittämistä. (Poikolainen



2009.) Huumeille on useita eri ottotapoja. Ne voi pureskella, hengittää, polttaa, nuuskata tai käyttää suonensisäisesti ja ne luokitellaan rauhoittaviin, piristäviin sekä hallusinogeeneihin. (THL 2009.)

Rauhoittaviin huumausaineisiin kuuluvat erilaiset opiaatit, kuten esimerkiksi heroiini. (THL 2009.) Buprenorfiini, naloksoni ja kodeiini luokitellaan myös rauhoittaviksi, näitä kutsutaan puolisynteettisiksi lääkeaineiksi. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 88). Rauhoittavat huumeet rentouttavat ja tuovat välittömästi hyvän olon tunteen. Ne myös poistavat kipua ja helpottavat ahdistusta samanaikaisesti. Rauhoittavat huumeet lamaannuttavat keskushermostoa, joten hengitys, puhe ja refleksit hidastuvat käytön jälkeen. (THL 2009.)

Piristäviin kuuluu kokaiini, crack ja amfetamiini ja sen johdokset. Piristävät huumeet vaikuttavat taas keskushermostoa kiihottavasti. Piristävien huumausaineiden vaikutuksia välittömästi käytön jälkeen ovat hyvänolon sekä energisyyden tunne. (THL 2009.) Vaikutuksia ovat myös pulssin kiihtyminen, levottomuus sekä hikoilu (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 85).

Hallusinogeenejä taas ovat marihuana, LSD sekä ekstaasi ja sen johdokset. Hallusinogeenejä on monenlaisia ja jokaisella oma psyykkinen vaikutus. Usein käyttötarkoituksena on hakea tunne-elämystä. Monet näistä huumeista aiheuttavat nimensä mukaisesti aistiharhoja. Käytön aikana aistiharhat ja myös mielialat voivat muuttua dramaattisesti. Näiden lisäksi myös ahdistus, harhaluulot, pelko, paniikki ja masennus kuuluvat hallusinogeenien aiheuttamiin oireisiin. (THL 2009.)

### 2.6.3 Alkoholi

Alkoholi on laillinen päihde Suomessa. Se luokitellaan lamaavaksi lääkeaineeksi. Sillä on huumavia ja mielihyvää tuottavia vaikutuksia keskushermostossa. Huumavia vaikutuksia luonnehditaan humalaksi. Alkoholilla ei ole spesifistä sitoutumiskohtaa aivoissa, niin kuin muilla päihteillä. (Kiianmaa 2003, 120.)

Suomessa alkoholinkulutus on Euroopan keskitasoa. Ongelmana on kuitenkin runsas alkoholin kertakulutus, humalajuominen. Alkoholinkäytön riskirajalla tarkoitetaan määrää joka todennäköisesti lisää merkittävästi terveyshaittoja. Riskikäytönraja naisella on kuin päivittäiskäytössä kuluu 20 grammaa puhdasta alkoholia, joka vastaa noin kahta ravintola-annosta tai humalahakuista juomista, noin viisi ravintola-annosta toistuu viikoittain. Miehillä raja on 40 grammaa puhdasta alkoholia päivittäin tai seitsemän annoksen kertakäyttöä viikoittain. On erittäin tärkeää muistaa, että riskiraja ei tarkoita samaa kuin turvaraja. Humalahakuinen juominen saattaa aiheuttaa ongelmia vaikkakin kokonaiskulutus jäisi rajan alapuolelle. (Käypä hoito 2011.)

Humalalla tarkoitetaan alkoholin muuttavia vaikutuksia mielentilaan, käyttäytymiseen sekä suoriutskykyyn. Akuutissa päihtymystilassa yksilön käytös häiriintyy. Osoituksia käytöksen häiriintymisestä ovat esimerkiksi estottomuus, aggressiivisuus ja arvostelukyvyn heikkeneminen. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 70.)

#### 2.6.4 Alkoholiongelmaisen hoito

Alkoholiongelmaisen kuntoutuksessa voidaan käyttää psykososiaalista hoitomuotoa. Hoidossa on tärkeää sen jatkuvuus hyvä yhteistyö ja potilaan motivoiminen sekä sitoutuminen hoitoon. Keskeiset piirteet hoidossa on tiedon antaminen, keskustelu sekä terapiaa eri muodoissa, kuten esimerkiksi yksilö- tai ryhmäterapiaa. Potilaan mielipidettä on aina kuunneltava hoitomuotoa valittaessa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia sisältää useita eri menetelmiä. Tavoitteena on kuitenkin parantaa itsehillintää omaksumalla uusia taitoja. Hoitomuotona ovat esimerkiksi retkahduksenehkäisyohjelmat. Ratkaisukeskeisessä terapiassa etsitään voimavaroja, ratkotaan konkreettisia asioita sekä lisätään potilaan itsetuntemusta ja omaa toimintakykyä eri pulmatilanteissa. Vielä ei tunneta kriteereitä, joiden perusteella voitaisiin valita alkoholiongelmaiselle parhaiten sopiva hoitomuoto. Lääkehoitoon sitoutuminen voi olla myös osana hoitoa. (Käypä hoito 2011.)

#### 2.6.5 Lääkkeiden väärinkäyttö

Joitakin lääkkeitä voidaan käyttää päihtymistarkoitukseen niiden nopean vaikutuksen vuoksi. Päihdekäyttöön sopivat käytännössä vain nopeavaikutteiset ahdistus- ja nukahtamislääkkeet. Lääkkeet voidaan liuottaa nesteeseen ja käyttää suonensisäisesti tai ottaa yhdessä muiden päihteiden kanssa. (Huttunen 2008.)

Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy usein psykologinen tai fysiologinen riippuvuus. Luonteeltaan lääkeriippuvuus on kuitenkin usein psykologista riippuvuutta. Riippuvuutena lääkkeet luokitellaan addiktiivisiksi eli voimakasta riippuvuutta aiheuttaviksi. Psykostimulanttien käyttö voi johtaa amfetamiiniriippuvuuden kaltaisen riippuvuuden. Ahdistus- ja nukahtamislääkkeet taas harvemmin aiheuttavat addiktiivisen riippuvuuden, jos ne kuitenkin aiheuttavat voimakkaan riippuvuuden, on taustalla lähes aina voimakas alkoholi- tai päihderiippuvuus. Masennuslääkeisiin ei liity voimakasta riippuvuutta. (Huttunen 2011.)

### 2.7 Riippuvuus

Riippuvuus on hankittu krooninen muutos aivojen palkitsemisjärjestelmässä. Aivojen palkitsemisjärjestelmässä muistot riippuvuuden aiheuttajasta ovat varastoituneet. Kun riippuvuus on syntynyt, ei ole helppoa tietä palata entiseen. Tietyillä ihmisillä on suurempi riski tulla riippuvaiseksi jostakin kuin toisilla. Tähän vaikuttaa periytyvä geeniperimä. (Hjärnfonden

2014.) Perimä selittää 40-60 prosenttia päihdeongelmista. Riippuvuus syntyy monen eri tekijän summasta. Kaikkia tekijöitä sen syntyyn ei tunneta. Kemiallisilla aineilla on itsessään riippuvuutta synnyttävä ominaisuus. Mielenterveyshäiriöt altistavat riippuvuudelle siksi, että usein niihin liittyy voimakasta pahaa oloa ja ahdistusta. (Irti huumeista 2014a.)

Alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeiden avulla aivoja huijataan vapauttamaan välittäjäaineita, jotta ihminen tuntee itsensä palkituksi ja hyvinvoivaksi. Stimulantteja käyttämällä huonon olon poistamiseen on vain oikotie umpikujaan. Yhteinen tekijä kaikille riippuvuuksille on se, että ihminen turvautuu ulkoiseen toimeen kompensoidakseen ongelmaa sisimmässään. Riippuvuudessa on kyse tavanomaisesta käytöksestä, josta riippuvainen henkilö ei kykene olemaan ilman. Käytöstä ei voi lopettaa, vaikka haluaisikin. Ihminen käyttää eri keinoja paetakseen itseään. Helpoin keino paeta negatiivista tunnetta tai tilannetta on käyttää ulkoista stimulointia. Alkoholi, lääkkeet ja huumeet ovat tehokkaita keinoja välttää vastuu negatiivisista tunteista tai tilanteista. Nämä stimulantit tarjoavat oiketien harmoniaan ja vapautteen huolista. (Abrahamsson 2012.)

Riippuvuuksia on kolmenlaisia: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen. Ne voivat ilmentyä yksin tai samaan aikaan. Psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus ovat ihmisen oma ominaisuus kun taas fyysinen riippuvuus on aineen ominaisuus. (Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus 2014). Sosiaalinen riippuvuus on sitä, että ihminen on riippuvainen ryhmään tai joukkoon, jossa riippuvuutta aiheuttavaa ainetta otetaan tai toimintaa harjoitetaan. Sosiaalisen riippuvuuden synnyttää ja ylläpitää ryhmään tai joukkoon kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen. Psyykkistä riippuvuutta esiintyy, kun toiminta tai aineen käyttö on opittua käyttäytymistä. Tämä tarkoittaa sitä, että psyykkisesti riippuvaiselle ihmiselle on tullut tavaksi hakea pika-tydytystä tai pakokeinoa vaikeisiin asioihin. Fyysinen riippuvuus ilmenee siten, että elimistö on tottunut toimintaan ja/tai aineeseen ja kaipaa tätä normaalin olotilan saavuttamiseksi. Päihderiippuvuudessa toleranssi kasvaa ja sen myötä myös annoskoot. (Irti huumeista 2014b.)

## 2.8 Hoidon vaikuttavuus

Palvelujen toteuttamisessa tuloksellisuudella tarkoitetaan kokonaisuonnistumista. Henkilökunnan aikaansaannoskyky on tuloksellisuuden perusta ja lähtökohta asiakaslaadulle, sujuville prosesseille ja vaikuttavuudelle. Uutta tietoa voidaan saada organisaation tavoitteita tulkitsevien, tekevien ja luovien ihmisten avulla. Tekemiseen liittyvien tulkintojen ja uudelleentulkintojen sekä aiempien ja uusien kokemusten avulla saadaan organisaatiolle uutta tietoa ja ymmärrystä. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

Sosiaali- ja terveysalan moniammatillista tiimityötä koskevat tutkimustulokset ovat pääosin positiivisia. Asiakkaan saama hoito on ollut asiantuntevaa ja yksilöllistä ja asiakas on voinut

olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa. Asiakastytyväisyys on lisääntynyt tiimityön myötä. Myös potilasturvallisuuden ja hoitohenkilökunnan työmotivaation on havaittu parantuneen moniammatillisen tiimityön myötä. Tiimityössä yhteistyön on kuitenkin onnistuttava. Pahimmassa tapauksessa tiedonkulkuongelmat voivat vaarantaa potilasturvallisuuden. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

Sujuvien ja laadukkaiden palveluprosessien edellytyksiä ovat oppimisen, osaamisen, riittävän henkilökunnan ja asiakkaiden tarpeiden varmistaminen sekä strategisesti tärkeiden asioiden johtaminen. Resurssien vähentyessä hoitojen ja palvelujen vaikuttavuuden merkitys korostuu. Asiakastytyväisyys ja asiakaslaatu ovat vaikuttavuuden edellytyksiä. Asiakkaiden näkemykset ja kokemukset hoitoon liittyvistä subjektiivisista tuntemuksista ja hoidon toteutumisesta ovat tärkeitä. Asiakkaiden käsitysten kartoittaminen onkin noussut olennaiseksi osaksi palvelujen arvioinnissa. Palvelujen laadussa on kyse niiden sopivuudesta asiakkaan tarpeisiin. Sen takia on luontevaa, että laadun onnistumista kysytään nimenomaan asiakkailta. Asiakkaan kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat iso osa onnistumista. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

Asiakasvaikuttavuus tulee esiin muutoksena asiakkaan tilanteessa. Muutos on yleensä positiivinen. Vaikuttavuus voi ilmetä myös asiakkaan tilanteen pysymisenä vakaana esim. toimintatai työkyvyn säilymisenä. Tämä ilmenee erityisesti varhaiskuntoutuksessa olevien ja pitkäaikaissairaiden keskuudessa. Hoidollinen ja lääketieteellinen optimaalinen vaikuttavuus tarkoittaa sairauden paranemista. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

Vaikuttavuuden arviointi kohdistuu erilaisiin hoidollisiin, lääketieteellisiin, tutkimuksellisiin ja kuntoutuksellisiin hoitotapahtumiin. Kaikilla hoitoketjun tapahtumilla on vaikutuksensa asiakkaan tilanteen muutoksille ja hoidon tavoitteiden toteutumiselle. Arvioinnissa huomio kohdistetaan sille, millaisia vaikutuksia ja missä määrin, milläkin hoitotapahtumalla on asiakkaan tilalle ollut. Samalla tarkastellaan myös sitä, mitkä tekijät mahdollistavat tai estävät vaikutusten syntymistä. Vaikutusten syntyminen ja estyminen ovat olosuhdesidonnaisia asioita. Ulkoisilla olosuhteilla, hoitoketjun toimivuudella, käytännön ja organisaation olosuhteilla sekä asiakkaan tilanteella on osansa vaikutuksien syntyemisessä ja estymisessä. Tulisikin tarkastella ja pohtia niitä olosuhteita ja tekijöitä, joilla on yhteys vaikuttavuuteen ja vaikutusten muodostumiseen. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

## 2.9 Hoitomyönteisyys

Potilaat käyttävät usein lääkkeitään määräyksen mukaisesti. On kuitenkin paljon myös niitä, jotka ottavat lääkkeensä epäsäännöllisesti tai keskeyttävät lääkityksen vastoin lääkärin ohjeita. Tällaista ilmenee etenkin vaikeista sairauksista kärsivillä. Jos potilas on itse selvillä lääkityksensä perusteista ja pitää sitä tarpeellisena, lääkemyönteisyys ja lääkkeiden oikeanlainen

käyttö on todennäköisempää. Psykkelääkitykseen liittyy kuitenkin ennakkoluuloja ja osa potilaista haluaisi olla käyttämättä lääkkeitä. On myös epäluuloisia potilaita, jotka eivät luota lääkäriin ja psykoottisia, jotka eivät pidä itseään sairaina. Heidän kohdallaan hoitohenkilökunnan osoittama myötätuntoisuus potilasta ja hänen ongelmiaan kohtaan ja hoitosuhteen luottamuksellisuus ovat erityisessä asemassa. (Huttunen 2008.)

Ennakkoluulot niin psykelääkkeitä kuin psykiatrisia sairauksiakin kohtaan heikentävät potilaiden toipumismahdollisuuksia. Monet kokevat häpeää sairaudestaan, koska usein psykiatriset sairaudet koetaan häpeällisemmiksi kuin fyysiset. Tämä nostaa hoitoon hakeutumiskynnystä ja saattaa johtaa myös hoitojen keskeytyksiin. Potilaat voivat kokea myös olevansa yksin ongelmiansa kanssa, koska kokevat, etteivät voi puhua niistä toisille ihmisille. Negatiivisista asenteista ja ajatusmalleista olisi hyvä kuitenkin päästä eroon, niin lääkitystä kuin sairauksiakin kohtaa, jotta hoito voisi onnistua parhaalla mahdollisella tavalla. (Huttunen 2008.)

Tahdonvastaiseen hoitoon joutuminen saattaa heikentää potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaan ja heikentää myöhempää hoitohalukkuutta. Siksi on erityisen tärkeää, että tahdonvastaiseen hoitoon toimitettaessa ja hoidon aikana potilasta kohdellaan kunnioittavasti ja siten, ettei hän koe tulevaisuutta nöyryytetyksi tai että hänen koskemattomuuttaan loukattaisiin. (Huttunen 2008.)

Suurin osa potilaista suhtautuu hoitoon ja lääkitykseen myönteisesti, mutta hoitojen jatkuessa pitkään, joidenkin potilaiden suhtautuminen niihin saattaa muuttua hieman negatiivisemmaksi. Työssä käynti ja laaja sosiaalinen verkosto lisäävät hoitomyönteisyyttä. Potilaiden asenteet ja hoitomyönteisyys ovat sidoksissa persoonallisuuden häiriöihin. Kyseiset häiriöt laskevat hoitomyönteisyyttä joidenkin potilaiden kohdalla. (Holma 2013.)

Hoitojaksojen jälkeisessä seurannassa potilailla on havaittu työkyvyttömyyden lisääntymistä. Työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä ennakoivat korkea ikä, somaattiset sairaudet, introversio, oma käsitys työkyvyttömyydestä sekä ammattikoulutuksen puute. (Holma 2013.)

### 3 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tässä opinnäytetyössä on käytetty juurruttamisen menetelmää. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Nykytilan kartoitus on tapahtunut avoimen haastattelun avulla. Käsittelimme tässä kappaleessa myös luotettavuutta ja eettisyyttä. Luotettavuutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa on vaikea arvioida tietyin kriteerein. Eettisyyttä taas on helpompi arvioida, eettisyyden perus käsitykset ovat hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän suhde toisiinsa.

### 3.1 Juurruttaminen

Juuruttaminen on yksi kehittämismenetelmä. Se on työelämän kehittämistoimintaa, jonka tavoitteena on uuden tiedon/toimintamallin muodostaminen ja käyttöönotto. Oppimisen lisäksi tavoitteena on myös käytännön työelämän kehittyminen toiminnan tasolla. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Juuruttamisessa valitaan ensin kehittämisen kohde eli asia, jota ryhdytään kehittämään. Kehittämisen tarve tunnustetaan, sillä asian pitää olla kehittämistä vaativa, jotta kehitystoiminnasta on hyötyä. Työyhteisön hiljainen tieto kartoitetaan ja tehdään nykytilan kuvaus. Nykyistä toimintaa arvioidaan teorian ja kokemusten pohjalta ja koko työyhteisö on mukana kehittämässä toimintaa. Uutta tutkittua teoreettista tietoa kerätään ja sen pohjalta muodostetaan yhdessä työyhteisön kanssa uusi toimintatapa. Uusi tapa otetaan käyttöön eli se juurrutetaan yhteisöön. Uutta toimintatapaa arvioidaan ja verrataan vanhaan. Lopuksi uutta toimintamallia arvioidaan ja siitä laaditaan raportti. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Juuruttamista vastaavia termejä ovat esim. käytäntöjen ja tulosten levittäminen sekä valtavirtaistaminen. Levittämisessä tietoa tuotetaan, jalostetaan ja lopulta levitetään muiden toimijoiden tietoisuuteen ja käyttöön. Valtavirtaistamisessa korostuu ajattelutavan omaksuminen päättäjien keskuudessa. (Saikku & Sinervo 2010.)

Juuruttamisessa ihminen on aktiivinen ja oppiva toimija. Toiminnassa olennaista on yhteisön oppiminen. Yhteisön työtavat ja prosessit pyritään näkemään uudella tavalla, jotta niitä voidaan kehittää. Yhteisen kehittämistyön keskeisin työväline on vuorovaikutus. Kehittämishankkeiden avulla tuotetaan uutta osaamista, tietoa, toimintamalleja ja innovaatioita. Juurruttamisessa tavoitellaan muutosta niin ajattelun kuin toiminnankin tasolla. Juurruttamisessa uuden toimintatavan tuottaminen ja käyttöönotto tapahtuvat samaan aikaan. Juurruttamisessa on kahdenlaista tietoa; hiljaista ja tutkittua. Hiljainen tieto on toiminnan kautta saatua kokemuksiin perustuvaa tietoa. Tutkittutieto on tutkimuksen avulla hankittua. Tiedon haussa korostetaan mahdollisimman uutta näyttöön perustuvaa tietoa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012, 15-22 .)

Juurutusprosessissa keskeisiä asioita ovat johtaminen, muutosprosessi, resurssit eli aika ja toimiva vuorovaikutus. Uuden toimintatavan kehittäminen ja käyttöönotto edellyttää avointa ja osallistuvaa vuorovaikutusta. Muutos voi kohdata työyhteisössä vastarintaa tai sitoutumattomuutta. Näistä asioista tulee voida puhua avoimesti. Kehittämisprosessin lähtökohtana ovat organisaation ja yhteiskunnan ohjeet, normit ja tavoitteet. Työyhteisön tavoitteiden tulee olla samansuuntaisia. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen, Partamies 2012, 24-60.)



Kuva 1: Oppimisen prosessi tutkimus- ja kehittämistoiminnassa (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007)

### 3.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on peruspiirteiltään ymmärtävä tai tulkitseva tiedekäsitys. Sen avulla voidaan tarkastella asioita ja ilmiöitä niiden luonnollisessa yhteydessä. Laadullisella tutkimuksella kuvataan, selitetään ja yritetään ymmärtää ilmiötä sekä niiden välisiä suhteita tutkittavien asioiden näkökulmasta. Induktiivisuus on päättelymuoto joka alkaa yksittäisestä havainnosta tai niiden joukosta, ja muodostaa niistä teorian tai yleistyksen. Tämä kuuluu myös kvalitatiivisen tutkimuksen peruspiirteisiin. Tällaisessa tutkimuksessa aineisto on usein sanallista ja sen tavoitteena on teoreettisen rakenteen kehittäminen. (Paunonen & Vehviläinen 2006, 20).

Muita tyypillisiä piirteitä laadulliseen tutkimukseen ovat kohdejoukon valinta tarkoituksenmukaisesti, aineiston kokoaminen luonnollisissa ja todellisissa tiloissa sekä se, että suositetaan ihmistä tietoa kerätessä. (Hirsjärvi ym. 2009,164).

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksessa pyritään tutkimaan tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti on todet-

tu, että laadullisen tutkimuksen avulla pyritään löytää tai paljastaa tosiasioita ennemmin kuin todentaa jo olemassa olevia asioita ja väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 161).

### 3.3 Avoin haastattelu

Tässä opinnäytetyössä on käytetty avointa haastattelua, jonka avulla on kartoitettu Sanaskodin hoitotyön nykytila. Aineistonhankinta menetelmänä haastattelu mahdollistaa tutkijan vuorovaikutteisen osallistumisen aineiston tuottamiseen. Teimme avoimen eli strukturoimattoman haastattelun, jolloin annoimme Sanaskodin henkilökunnan kertoa vapaasti Sanaskodin hoitotyön nykytilasta. Avoin haastattelu on lähellä haastattelijan ja haastateltavan välistä keskustelua. Haastattelu on hyvä tiedonkeruu keino silloin, kun tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa esim. käsityksistä, havainnoista tai kokemuksista. (Jyväskylän yliopisto 2012.)

### 3.4 Sisällönanalyysi

Kvalitatiivisen sisällön analyysin avulla voidaan tutkia etupäässä tutkimuksia, joissa pyritään sisältöä luokittelemalla analysoimaan tutkittavaan asiaan liittyviä rakenteita ja sisältöjä. Sisältö tarkoittaa aineiston aihetta tai teemaa. Rakenteeseen sisältyy esim. aineiston sijainti ja tekstin käyttö. Sisällön analyysissä korostuu aineiston sisällöllinen ja laadullinen merkitys. Sisällönanalyysi voi olla aineisto- tai teorialähtöinen tai niiden sekoitus. (Seitamaa-Hakkarainen, 2012.)

Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla analysoidaan tiedostoja systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysillä pyritään rakentamaan malleja, jotka esittävät tutkittavaa asiaa tiivistetyssä muodossa. Tämän jälkeen tutkittava asia voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Lopputuotos analyysistä on tuotos tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä tai tietty malli. Edellä mainituilla asioilla tarkoitetaan ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.)

Ennen analyysin aloittamista on päätettävä analysoidaanko se, mikä on selkeästi ilmaistu dokumentissa vai analysoidaanko myös piilossa olevat viestit. Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella eri tavalla. Induktiivinen tapa lähtee aineistosta ja deduktiivinen tapa käsitejärjestelmästä. Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön valinta. Useimmiten se on sana tai sanayhdistelmä. Analyysiyksikön valinnan jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi. Tämän jälkeen etenemistä säätelee se, ohjaako aineisto, kategoriat, teemat tai käsitteet analyysia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)



Induktiivisessa sisällön analyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta poimitaan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimukseen. Ryhmitellessään aineistoa yhdistetään pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka kuuluvat yhteen. Samaa tarkoittavat asiat yhdistetään saman kategorian alle ja kategoria nimetään. Analyysi jatkuu yhdistämällä saman sisällön omaavat kategoriat toisiinsa, näin muodostuu yläkategorioita. Abstrahoidamalla muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuksesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.)

Deduktiivinen sisällön analyysi tapahtuu viitekehyksen avulla. Analyysiä voi ohjata jokin teema tai malli, joka perustuu aiempaan tietoon. Aiemman tiedon varassa tehdään analyysirunko. Runkoon etsitään sisällöllisesti sopivia asioita tutkimuksesta. Analyysirunko voi olla väljä tai strukturoitu. Kun käytetään valmista runkoa analyysissä, voidaan aineistosta poimia sopivat asiat tai voidaan myös poimia asioita, jotka eivät sovi runkoon. Se, että kumpaa menetelytapaa käyttää, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. Deduktiivista sisällön analyysiä käytetään usein tutkimuksissa, joissa testataan olemassa olevaa tietoa uudella tavalla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-9.)

### 3.5 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan tai tutkijoiden persoonallinen näkemys. Tulkinnessa on mukana tutkijoiden tunteet ja heidän omat tunteensa sekä intuitionsa. Jokainen tulkinta on siis yksilöllinen eikä se ole toistettavissa tai siirrettävissä muuhun yhteyteen. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 215.)

Yleisesti hyväksyttyjä arviointikriteereille ei ole, joten voidaan esittää joitakin kriteerejä joiden avulla tutkimusta voidaan arvioida. Arviointi kohdistuu näin ollen tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 216.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa esiin nousee kysymyksiä totuudesta sekä objektiivisesta tiedosta (Sarajärvi & Tuomi 2009, 134). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Useimmissa tapauksissa käytetään seuraavia kriteereitä luotettavuuden arviointiin: omat sitoumukset tutkijana tässä tutkimuksessa, tutkimuksen kohde ja tarkoitus, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantajasuhde, aineiston analyysi, tutkimuksen kesto sekä tutkimuksen raportointi. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 140.)

Tutkimuksen kohde ja tarkoitus tulee tässä opinnäytetyössä hyvin esille. On tuotu esille mitä tutkitaan ja miksi sitä tutkitaan. Myös omat sitoumukset on tuotu esille. Aineiston keruuta on

tuotu kattavasti esille koko prosessin ajalta. Aineiston keruusta on kerrottu menetelmä, tekniikka sekä mahdollisia ongelmia. Tutkimuksen tiedonantajat on mainittu ja henkilöiden määrä on kerrottu. Tiedonantajien henkilöllisyys on pidetty salassa toiveiden mukaisesti. Yhteydenotosta tiedonantajiin on myös kerrottu. Suhteesta tiedonantajan ja tukijan välillä on myös kerrottu tutkimuksessa. Tiedonantajat lukivat tutkimusta ennen julkaisua. Tutkimuksen kesto on esillä tutkimuksessa oikeaoppisesti ja aineiston analyysi on tehty sekä tulokset tullaan kertoamaan. Tutkimuksen raportoinnista on hyvin kerrottu tutkimuksessa; on kerrottu miten tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 140-141.)

Kun aineisto tutkimukseen kerätään haastattelun avulla, tulisi raportista ilmetä mitä eri haastatteluteemoja on esitetty tutkittavalle henkilölle. Luotettavuus vähenee, jos kysymykset ovat liian suppeita tai liian kapealle alueelle suunnattuja. Laadullisen tutkimuksen tavoite on selvittää tutkittavan oma näkemys, joten liian suppeat haastatteluteemat vaikeuttavat tutkittavan oman näkemyksen esilletuloa. Liian väljiä haastatteluteemoja tulisi välttää, sillä silloin tutkimusaineistoa kertyy liikaa, ja osa on jätettävä pois. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 216-217.)

### 3.6 Eettisyys

Tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä tieteessä, jossa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään, tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin eri normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamiseen koskeviin normeihin. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 26-27.)

Kun pohditaan tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, on hyvä huomioida, että tutkimus ei saa vahingoittaa sosiaalisesti, psyykkisesti eikä fyysisesti tutkittavaa. Tutkimuksen höyty ja haitta suhdetta on verrattava keskenään eli tutkimuksesta saatu hyöty on oltava suurempi kuin siitä seurannut haitta. Keskeistä on myös se, että tutkimus on siihen osallistuville henkilöille vapaaehtoista ja, että he voivat keskeyttää tutkimuksen jos he haluavat milloin vain. On myös tärkeää muistaa, että tutkimuksen vastuu on sen johtajalla. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 26-27.)

Käytännön tutkimustilanteet voivat tuoda esille erilaisia eettisiä ongelmia. Siksi ei ole helppoa esittää yksiselitteistä sääntöä, joka tarjoaisi ratkaisun erilaisiin tutkimustilanteisiin. Tutkimusetiikka ja eettisyys tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittämistä sekä tutkimustehtävien sekä tutkimusmenetelmien oikeanlainen valinta. Jos tutkija ei tiedä kuinka toimia, on hänen haettava neuvoja. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 32.)

Etiikan peruskysymyksiä ovat hyvän ja pahan välinen sekä oikean ja väärän välinen suhde. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkijalta sitä, että noudattaa tutkimuksenteossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Keskeisiä käsitteitä eettisyyttä huomioiden ovat myös se, että toisen teosta ei plagioida. Tuloksia ei saa yleistää kritiikittömästi, eikä niitä saa kaunistella. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-26.)

Tutkimusetiikkaa noudattaen, on muistettava selvittää, että tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti, pohdittu sen aiheuttamat riskit, ongelmat ja hyödyt sekä se, että tutkimus on viety läpi asianmukaisesti. On muistettava myös luottamuksellisuus ja anonyymiteetti tutkimusta tehdessä. (Paunonen & Vehviläinen 1998, 33.)

Tämän opinnäytetyön etiikkaa on huomioitu siten, että ketään ei ole vahingoitettu sosiaalisesti, psyykkisesti eikä fyysisesti. Hyöty on ollut suurempi kuin haitta tässä tutkimuksessa, mikä on etiikan mukaista. Opinnäytetyö on tuottanut uuden kaavakkeen mielenterveys- ja päihde kuntoutus laitokseen, mikä nähdään suurena hyötynä. Kaikki tähän tutkimukseen liittyvä oli vapaaehtoista, eikä ketään ole pakotettu mihinkään. Hyvää tieteellistä käytäntöä on noudatettu tässä opinnäytetyössä. Tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti eikä kenenkään teosta ole plagioitu.

#### 4 Kehittämistoiminnan ympäristö ja nykytilan kuvaus

Sanaskoti on yksityinen ympärivuorokautista laitoshoidon, tukiasumispalveluja ja aktiivista kuntoutusta tarjoava sosiaalialan palveluyritys. Kohderyhmänä ovat pääasiassa aikuiset päihde- ja mielenterveyskuntoutujat. Erityisen hyvin Sanaskoti sopii monihäiriöisille asiakkaille. Tällöin kuntoutuksessa huomioidaan samaan aikaan alkoholi-, huume-, lääkeriippuvuus-, mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat. Sanaskodilla on kaksi 17-paikkaista yksikköä, jotka sijaitsevat Lohjalla ja Siuntiossa. (Sanaskoti 2014a.)

Kuntoutukseen Sanaskotiin hakeudutaan päihdekliniikoiden, mielenterveysyksiköiden, sairaalan, työterveyshuollon, katkaisuhoidon tai sosiaalitoimen kautta yhteistyössä kotikunnan sosiaalitoimen päihde- ja mielenterveysvastaavan tai erilaisten työryhmien kautta. Joissain kunnissa asiakkaan on hakeuduttava katkaisuhoidosta sosiaalitoimeen ja sitä kautta Sanaskodille eikä suoraan katkaisuhoidosta (Liite 1). (K. Eteläpää & M. Sainio, henkilökohtainen tiedonanto 1.4.2014.)

Sanaskodilla hoito koostuu erilaisista velvoitetuista ryhmistä, vapaaehtoisista ryhmistä, lääkähoidosta, omahoitajuudesta ja arjenhallinnan opettelusta. Sanaskodilla on myös joitain yhteisöhoitojen elementtejä kuten asukaskokous, jossa asiakkaat jakavat keskenään tulevan viikon vastuualueet. Yhteisön kanssa käsitellään myös sitä koskevia asioita esim. retkahduksia ja yh-

teisön sääntöjä koskevia asioita. Asiakkaiden kanssa tehdään välillä myös luonto- ja kulttuuri-retkiä. Sanaskodilla voi käyttää hengellisyyttä voimavarana. Asiakas voi osallistua vapaaehtoi-siin aamuhartauksiin ja saada vapaaehtoista sielunhoitoterapiaa, jos haluaa. Kuntoutus ete-nee viikko-ohjelman mukaan. Sanaskodin terapeuttisia ryhmiä ovat päihderyhmä, Mielekäs Päivä-ryhmä, tunneryhmä ja ahdistuksesta vapaaksi ryhmä. Edukatiivisia ryhmiä ovat tietotai-toryhmä, faktaryhmä, riippuvuuden hoito-ohjelma (RIHO) ja Iloa elämään-depressiokoulu. Lisäksi Sanaskodilla on liikunta- ja ravitsemusryhmät sekä erilaisia vapaaehtoisia ryhmiä kuten musiikkiryhmä ja Nysvätään yhdessä -kädentaitoryhmä. Sanaskodilla käy lääkäri kerran viikos-sa. Sanaskodilla on asiakkaille tarkoitettuja tukiasuntoja, joissa voi harjoitella itsenäistä asu-mista ennen kuntoutuksen päättymistä. Kuntoutuksen alettua omahoitaja ja asiakas tekevät yhdessä kuntoutusjaksolle tavoitteellisen kuntoutussuunnitelman, jossa kartoitetaan asiak-kaan hoidontarvetta ja asiakkaalle tarjottavia hoito- ja kuntoutusmuotoja. (Sanaskoti 2014a.)

Kuntoutuksen aikana tehdään yhdessä asiakkaan ja lähettävän tahon kanssa asiakkaalle avo-hoitosuunnitelma. Siinä määritellään ne tukitoimet, jotka asiakas haluaa ottaa tueksi ja voi-mavaraksi kotiutuessaan. Suurin osa asiakkaista palaa kuntoutuksen jälkeen omaan kotiinsa. Asunnottomille asiakkaille pyritään kuntoutuksen aikana yhdessä lähettävän tahon kanssa et-simään asiakkaalle sopiva asumispalveluyksikkö tai muu asumisratkaisu, jos asiakkaalla ei ole kotia kuntoutuksen päättyessä. Joskus asiakkaan psyykinen vointi vaatii psykiatrisen sairaa-lan tasoista hoitoa. Tässä tapauksessa Sanaskodilta käsin saatetaan asiakas jatkohoitoon yh-teistyössä lähettävän tahon kanssa esimerkiksi psykiatriseen sairaalaan. Sanaskodin kuntou-tuksen jälkeen asiakkaat voivat siis siirtyä jatkohoidontarpeen mukaan asumispalvelujen pii-riin, kotiin, psykiatriseen sairaalaan, päihde- ja mielenterveyden avopalveluihin, 3. sektorin palvelujen piiriin ja vertaistukiryhmiin (NA, AA) (Liite 1). (K. Eteläpää & M. Sainio, henkilö-kohtainen tiedonanto 1.4.2014.)

Kuntoutus aloitetaan päihteettömänä. Kuntoutukseen tarvitaan maksusitoumus lähettävältä taholta. Kunnissa toimii SAS-ryhmiä, joissa pohditaan asiakkaalle sopivinta kuntoutuspaikkaa. Ryhmä koostuu eri sosiaali- ja terveystieteen ammattilaisista ja toimii moniammatillisessa yh-teistyössä keskenään. SAS-ryhmä on lyhenne sanoista selvittää, arvioida ja sijoittaa. (Sanaskoti 2014a.)

Pumppu-hanke on kuuden eri osatoteuttajan teemahanke, joka on yhdessä toteutettu. Yhteis-työkumppaneita ovat Hämeenlinnan kaupunki, Innopark Programmes Oy, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom, Turun ammattikorkeakoulu, Turun yliopisto sekä Lau-rea-ammattikorkeakoulu. Hanke pyrkii edistämään sekä kehittämään monituottajamalleja kansalaislähtöisesti hyvinvointipalveluissa. Pumppu-hankkeen teemat ovat hyvinvointipalve-lut, kansalaislähtöisyys, monituottajuus, saumattomuus, yhteistyön edistäminen sekä uudet palvelukonseptit ja -tuotteet. (Pumppu-hanke 2014).

Laurea-ammattikorkeakoulu on mukana Pumppu-hankkeessa PolkuPärjäin-osahankkeella. Osahankkeen tarkoitus on kehittää erilaisia ratkaisuja kansalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi monen eri toimijan välisenä saumattomana yhteistyönä. PolkuPärjäin-osahanke kehittää uudenlaisia, mutta myös monitoimijaisia palveluita sekä hyvinvointipolulla etenemistä tukevia erilaisia it-ratkaisuja. Kaikki nämä toteutetaan yhteistyössä Länsi-Uudenmaan alueen toimijoiden ja asukkaiden kanssa. (Laurea 2011.)

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

Alustava suunnitelma palautettiin 6.4.2012 ja esitettiin 13.4.2012. Sen jälkeen tapasimme Sanaskodin henkilökunnan toista kertaa viikolla 17. Saimme henkilökunnalta lisää tietoa, mitä he haluavat lopulliseen työhön. Viikoilla 18-21 työstimme lopullista suunnitelmaa, jonka palautus oli 29.5.2012. Suunnitelmaseminaari pidettiin 5.6.2012, jolloin esitimme oman suunnitelmamme. 28.10.2013 oli opinnäytetyöpalaveri ohjaavan opettajan kanssa. Tapaamisen jälkeen olemme työstäneet suunnitelmaa loppuun. 26.3.2014 suunnitelmamme hyväksyttiin ja veimme Sanaskodille sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä (Liite 3). He päättivät myös kehittämisen kohteen. 1.4.2014 teimme nykytilankartoituksen. Sen pohjalta kuvasimme nykyisen toimintamallin ja työstimme siitä hoitopolkukaavion. 9.4.2014 oli palaveri Sanaskodin henkilökunnan kanssa uuden toimintamallin kehittämisestä ja jälkiseurantakaavakkeesta. Palaverin ja tiedonhaun pohjalta jatkoimme uuden toimintamallin ja jälkiseurantakaavakkeen kehittämistä yhteistyössä Sanaskodin henkilökunnan kanssa.

Tuotimme Sanaskodille jälkiseurantakaavakkeen huhtikuussa 2014 ja opinnäytetyömme valmistui toukokuussa 2014. Opinnäytetyön valmistuttua Sanaskodilla otetaan käyttöön uusi toimintamalli ja se juurrutetaan työyhteisöön. Kaavakkeen käytöstä järjestetään osastotunti Sanaskodilla. Jälkiseurantakaavake otetaan käyttöön asiakastyössä ja käytön myötä sen toivuutta arvioidaan Sanaskodissa.

Sanaskodin henkilökunnan ja opinnäytetyön tekijöiden tapaamisten tarkemmat kuvaukset:

### 13.4.2012

Ensimmäisessä tapaamisessa Sanaskodilla oli mukana Sanaskodin työntekijöitä, kahden opinnäytetyön tekijät ja ohjaava opettaja. Tapaamisessa keskusteltiin opinnäytetyöstä, sen tekemisestä ja Sanaskodista. Keskusteltiin siitä, millainen opinnäytetyöstä tehtäisiin, keitä työhön haastateltaisiin ja mitä keinoja käytettäisiin. Tämän opinnäytetyön kohdalla käytiin läpi juurruttamista, mitä se on ja mitä se tarkoittaa tämän opinnäytetyön kohdalla. Keskusteltiin myös nykytilankartoituksen tekemisestä ja sen jälkeen tapahtuvasta uuden toimintamallin kehittämisestä.

23.4.2012

Toisessa tapaamisessa olivat tämän kyseisen opinnäytetyön tekijät ja kaksi Sanaskodin työntekijää. Keskustelimme Sanaskodista, sen toiminnasta, mahdollisista kehittämisen kohteista ja opinnäytetyöstä. Kävimme lyhyesti läpi Sanaskodin toimintaa, sitä miten asiakkaat tulevat Sanaskotiin, mitä siellä tapahtuu ja mihin asiakkaat menevät Sanaskodista. Keskustelimme SAS-ryhmistä, Sanaskodin tarjoamasta hoidosta ja erilaisista ryhmistä, joihin asiakkaat osallistuvat. Mahdollisia kehittämisen kohteita tuli esiin kaksi; kaavake, josta selviävät ne asiat, jotka asiakkaalla tulee olla kunnossa ennen Sanaskotiin tuloa ja kaavake, jolla selvitetään asiakkaan jatkohoidon tarve. Kohdetta ei kuitenkaan päätetty vielä. Keskustelimme myös siitä, että opinnäytetyö voisi sisältää kuvaukset kahden Sanaskodin asiakkaan erilaisista hoitopoluista.

1.4.2014

Tapaamisessa olivat läsnä opinnäytetyön tekijät, Sanaskodin vastaava sairaanhoitaja ja palveluohjaaja. Teimme hoitopolun nykytilan kartoituksen. Sanaskodin työntekijät kertoivat, mistä asiakkaat tulevat Sanaskotiin, mitä Sanaskodissa tapahtuu ja mihin asiakkaat siirtyvät hoitajakson jälkeen. Keskustelimme kehittämisen kohteista ja tuli ilmi, että aiemmin pohtimamme kehittämisen kohteet eivät olleet enää ajankohtaisia, vaan niiden osalta kehittämistyö oli jo tehty. Uudeksi kehittämisen kohteeksi valittiin jälkiseurantakaavake, jonka avulla henkilökunta voi kartoittaa asiakkaiden tilannetta Sanaskodissa tapahtuneen kuntoutuksen päätyttyä sekä arvioida hoidon onnistumista ja tehoa. Päätimme myös, että esimerkkikuvaukset kahden eri asiakkaan hoitopoluista, eivät tule työhön, koska jälkiseuranta valikoitui tämän opinnäytetyön kehittämiskohteeksi.

9.4.2014

Tapaamisessa olivat läsnä opinnäytetyön tekijät, Sanaskodin vastaava sairaanhoitaja ja palveluohjaaja. Olimme aiemmin lähettäneet Sanaskodille tekemämme hoitopolkukaavion ja ehdotuksia kysymyksistä, joita jälkiseurantakaavakkeeseen voisi tulla. Kävimme läpi, mitä korjauksia ja lisäyksiä kaavion pitää vielä tehdä, ja mitkä kysymyksistä varsinaiseen jälkiseurantakaavakkeeseen valitaan. Sovimme, että kaavake keskittyy nimenomaan tietyn potilaan kuntoutumisen arviointiin eikä vain yleisellä tasolla Sanaskodin antaman kuntoutuksen onnistumisen arviointiin. Keskustelimme myös korjauksista ja tarkennuksista, joita opinnäytetyön Sanaskotia koskeviin tekstiosiin tulee. Näissä kohdissa käsitellään Sanaskodin tarjoamaa kuntoutusta, toimintaa ja hoitopolkuja. Saimme näitä tarkennuksia vielä lisää sähköpostilla, koska kaikkea ei ehditty käydä läpi tämän tapaamisen aikana.

Tämän opinnäytetyön tuloksena Sanaskodille kehitettiin jälkiseurantakaavake, jonka avulla on tarkoitus seurata asiakkaiden päihteettömyyttä Sanaskodilla tapahtuneen kuntoutuksen päätyttyä. Kaavake kehitettiin yhteistyössä Sanaskodin henkilökunnan kanssa teorian tietoa apuna käyttäen. Ennen kaavakkeen käyttöönottoa Sanaskodissa toteutetaan osastotunti, jossa henkilökunta perehdytetään kaavakkeen käyttöön (Liite 2).

Jälkiseurantakaavake sisältää kysymyksiä, joilla selvitetään asiakkaan tämänhetkistä vointia ja päihteettömyyttä. Asiakkaalta kysytään, onko hän tällä hetkellä raittiina, jos ei ole, kuinka kauan hän pysyi raittiina kuntoutuksen päätyttyä, montako retkahdusta on tullut kuntoutuksen päättymisen jälkeen ja kuinka pitkiä ne ovat olleet. Asiakkaan voinnin osalta kysytään hänen tämänhetkisiä voimavarojaan, toimintakykyään ja elämänhallintaansa. Sanaskodissa tapahtunutta kuntoutusta koskien kysytään, kuinka kauan kuntoutuksen päättymisestä on kulunut aikaa, kuinka kauan asiakkaan kuntoutus Sanaskodissa kesti, miksi hän oli kuntoutuksessa, onko jatkohoito toteutunut Sanaskodissa tehdyn jatkohoitosuunnitelman mukaisesti, millaista apua asiakas on kokenut saaneensa Sanaskodista ja millaista apua hän olisi vielä tarvinnut (Liite 2).

Kuntoutusjakson päättyessä omahoitaja merkitsee kalenteriin, milloin asiakkaaseen otetaan yhteyttä jälkiseurantakaavaketta koskien. Hän kertoo myös asiakkaalle kaavakkeesta ja siihen liittyen tapahtuvista yhteydenotoista. Jälkiseurantakaavake täytetään kuukauden, puolen vuoden ja vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä. Omahoitaja ottaa silloin puhelimitse yhteyttä asiakkaaseen. Kaavake voidaan myös lähettää postitse asiakkaalle. Omahoitaja kirjaa yhteydenotot potilastietojärjestelmään. Kaavakkeen arvioinnista ei ollut tarkempaa keskustelua kehittämistoiminnan yhteydessä (Liite 2).

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Sanaskodin henkilökunta tekee tästä opinnäytetyöstä työelämän edustajan lausunnon, jossa arvioidaan opinnäytetyön hyödynnettävyyttä Sanaskodin toiminnan kannalta. Lausunto arvioi samalla sitä, miten opinnäytetyön tekijät ovat osaltaan onnistuneet kehittämistyössä. Lausunto arkistoidaan yhdessä opinnäytetyön kanssa.

Uuden toimintatavan juurruttua työyhteisöön ja jälkiseurantakaavakkeen käyttöönoton jälkeen Sanaskoti arvioi itse enemmän jälkiseurantakaavakkeen toimivuutta ja vaikutuksia sekä mahdollisia muutoksia, joita kaavakkeeseen pitäisi tehdä. Ongelmaksi voi muodostua esimerkiksi Sanaskodin asiakkaiden yhteystietojen muuttuminen. Jos asiakkaan yhteystiedot muuttuvat, eikä hän ilmoita siitä Sanaskodille, jälkiseurannan toteuttaminen hankaloituu huomattavasti tai jopa estyy. Asiakasta tuleekin informoida tästä seikasta, jotta hän muistaa ilmoittaa mahdollisista yhteystietomuutoksista.

Tulevaisuudessa jälkiseurantakaavaketta voisi Sanaskodin sisäisen päihteettömyyden seurannan lisäksi käyttää laajemminkin. Kaavaketta voisi käyttää, joko sellaisenaan tai muokattuna, osana Sanaskodin tarjoaman kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia. Tällaisesta arvioinnista voisi olla hyötyä, kun yksityinen palveluntarjoaja myy palvelujaan kunnille. Kunnat odottavat laatua ja tulosta, joten jälkiseuranta toisi näyttöä kuntoutuksen vaikutuksista pidemmällä aikavälillä. Jälkiseurannasta voisi olla hyötyä myös lähettävälle taholle, kun hekin näkisivät kuntoutuksen vaikutukset. Tällä voisi olla vaikutusta esimerkiksi asiakkaiden kuntoutukseen ohjaamiselle. Jos kaavake on toimiva, sitä voisi kehittää lisää ja sen käyttöä voisi laajentaa niin, että siitä olisi hyötyä muillekin mielenterveys- ja päihdeyksiköille ja palveluntarjoajille.

## 8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tekeminen kesti noin kaksi vuotta, joten sinä aikana ehdittiin pohtia monenlaisia eri kehittämisen kohteita ja kaavakkeita, joita voitaisiin tuottaa. Varsinainen kehittämistoiminta tapahtui kuitenkin melko tiiviissä aikataulussa keväällä 2014. Silloin kehittämisen kohde määriteltiin sen hetkisen tarpeen mukaan asiakkaan päihteettömyyden jälkiseurannaksi kuntoutuksen loputtua. Opinnäytetyön tekijät yrittivät etsiä tietoa mahdollisista muista vastaavista kaavakkeista, mutta sellaista ei löytynyt. Nimenomaan jälkiseurantaa käsittelevien tutkimusten löytäminen oli myös haasteellista. Tästä voisi päätellä, että jälkiseurantaa ei juuri toteuteta tai ainakaan sitä ei ole ehditty juuri tutkia. Tämän opinnäytetyön tuloksena syntynyt jälkiseurantakaavake perustuu opinnäytetyön aiheeseen ja käsitteisiin liittyvään tutkimustietoon ja muuhun teoriaan, jota tämä työ sisältää sekä Sanaskodin kanssa tehtyyn kehittämistyöhön.

Nykytilan kartoituksessa selvitettiin Sanaskodin asiakkaiden hoitopolkuja eli mistä asiakkaat tulevat Sanaskotiin, mitä Sanaskodissa tapahtuu ja minne asiakkaat jatkavat Sanaskodista. Näistä hoitopoluista laadittiin hoitopolkukaavio, joka on opinnäytetyön liitteissä. Jälkiseurantakaavake kehitettiin yhteistyössä Sanaskodin henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyön tekijät ehdottivat teorian perusteella mahdollisia kysymyksiä ja kohtia kaavakkeeseen ja yhdessä niistä keskustellen päädyttiin kaavakkeen lopulliseen sisältöön. Sanaskodin henkilökunta halusi painottaa kaavakkeessa nimenomaan päihteettömyyden seurantaa. Myös kyseinen kaavake on työn liitteissä.

Opinnäytetyömme tavoite täyttyi, koska onnistuimme yhdessä Sanaskodin henkilökunnan kanssa kehittämään Sanaskodin toimintaa ja asiakkaan jälkiseurantaa. Pystyimme omalta osaltamme vastaamaan Sanaskodin kehittämistarpeeseen. Yhteistyö Sanaskodin kanssa ja opinnäytetyön tekijöiden välillä sujui hyvin.



Opinnäytetyön tekijöiden ammatilliselle kasvulle opinnäytetyön tekeminen antoi kehittämisyyhteistyötaitoja ja -osaamista sekä laajaa teorialtietoa liittyen mielenterveyteen, päihteisiin, kuntoutumiseen, riippuvuuteen ja syrjäytymiseen. Opinnäytetyön myötä selkeytyi myös kuva tieteellisestä tutkimuksesta, tutkitusta tiedosta ja eri teorialähteiden luotettavuudesta. Opinnäytetyön tekeminen prosessina opetti tutkitulle tiedolle olennaista läpinäkyvyyttä, koska kaiken teorian tulee perustua luotettaviin ja tarkasti merkittyihin lähteisiin. Myös kehittäminen tuli kuvata tarkasti ja yksityiskohtaisesti työhön, mikä lisää työn luotettavuutta.

Opinnäytetyön myötä opinnäytetyön tekijöiden tietämys lisääntyi, mikä auttaa tulevaisuudessa työelämässä ja asiakkaiden ja potilaiden kohtaamisessa. Mielenterveyden ja sen ongelmien moninaisuus samoin kuin päihdeongelmat ovat monimutkaisia kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään, hyvinvointiin ja sosiaalisiin suhteisiin vaikuttavia asioita, joista on usein vaikea sanoa, mikä ongelmassa on syy ja mikä seuraus. Tämän seikan myötä myös hoidon kokonaisvaltaisuus, monipuolisuus ja yksilöllisyys korostuvat.

## Lähteet

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö -kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim. Viitattu 30.4.2014.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo96517&p\\_haku=kaksoisdiagnoosi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96517&p_haku=kaksoisdiagnoosi)
- Aalto, M. 2009. Kaksoisdiagnoosi. Viitattu 2.4.2012.  
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>
- Aalto, M. 2010. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. Duodecim. Viitattu 30.4.2014.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo98984&p\\_haku=mielenterveys](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98984&p_haku=mielenterveys)
- Abrahamsson, E. 2012. Begär och beroende. Viitattu 11.4.2014.  
<http://www.sund.nu/docs/artikel.asp?td=2/4/2014&tem=30&und=23&art=202>
- Ahonen, J. Järvenkylä, V. Kiviniemi, P. Lehtonen, M-L. Romu, J. Syrjämäki, M. 2009. Mielen-terveys ja päihteet -yksi hoito, yksi ihminen. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2009.
- Ahonen, O. Ora-Hyytiäinen, E. Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.
- Ahonen, O. Ora-Hyytiäinen, E. Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ala-Kauhaluoma, M. Harkko, J. Korkeamäki, J. Lehtikoinen, T. Lehtoranta, P. Notkola, V. Pitkänen, S. Puumalainen, J. Tuusa, M. Nuorten syrjäytyminen tietoa, toimintaa ja tuloksia? 2013. Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013. Viitattu 25.2.2014.  
<http://web.eduskunta.fi/dman/Document.phx?documentId=jz32213140909180&cmd=download>
- Eteläpää, K. & Sainio, M. 2014. Vastaava sairaanhoitaja & palveluohjaaja. Henkilökohtainen tiedonanto 1.4.2014. Sanaskoti.
- Falk, H. Kankaanpää, S. Kurki, M. Rissanen, P. Sinkkonen, N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi -kokemus asiantuntijuudeksi. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Työpaperi 39/2013. Viitattu 26.2.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN\\_ISBN\\_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1)
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 28.5.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finlex. 1986. Päihdehuoltolaki. Viitattu 27.3.2012  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Finlex. 1990. Mielenterveyslaki. Viitattu 27.3.2012  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Gissler, M. Merikukka, M. Paananen, R. Ristikari, T. Rämö, A. Lasten ja nuorten hyvinvointi kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. 2012. THL. Raportti 52/2012. Viitattu 25.2.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102984/THL\\_RAP052\\_2012\\_web.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102984/THL_RAP052_2012_web.pdf?sequence=1)

- Haverinen, R. Hinkka, T. Koivisto, J. 2006. Kartoittava kirjallisuuskatsaus sosiaalisen kuntoutuksen työmuodoista ja niiden vaikutuksista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämissentrum. Stakesin raportteja 12/2006. Viitattu 26.2.2014.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77938/R12-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hjärnfonden. 2014. Beroende, symptom & behandling. Viitattu 11.4.2014  
[http://www.hjarnfonden.se/diagnoser/beroende\\_26](http://www.hjarnfonden.se/diagnoser/beroende_26)
- Holma, I. 2013. Long-Term Follow-Up Study Focusing on MDD Patients' Maintenance Treatment, Adherence, Disability and Smoking. Academic dissertation. Research 98/2013. National institute for health and welfare. Viitattu 6.4.2014.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38506/longterm.pdf?sequence=1>
- Huttunen, M. 2011. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. Viitattu 23.3.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00388](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388)
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeiden väärinkäyttö. Viitattu 23.3.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00017](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00017)
- Huttunen, M. 2008. Suhtautuminen hoitoon. Duodecim. Viitattu 6.4.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00006](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006)
- Irti huumeista. 2014a. Riippuvuuden syntyminen. Viitattu 11.4.2014.  
[http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/riippuvuus/riippuvuuden\\_syntyminen](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/riippuvuuden_syntyminen)
- Irti huumeista. 2014b. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus. Viitattu 11.4.2014.  
[http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/riippuvuus/fyysinen\\_psyykinen\\_ja\\_sosiaalinen\\_riippuvuus](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/fyysinen_psyykinen_ja_sosiaalinen_riippuvuus)
- Jyväskylän yliopisto. 2012. Haastattelut. Viitattu 28.5.2012.  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineistonhankintamenetelmät/haastattelut>
- Koski-Jännes, A. Lahti, J. & Rakkolainen, M. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Duodecim. Viitattu 30.4.2014.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo11266&p\\_haku=kaksoisdiagnoosi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11266&p_haku=kaksoisdiagnoosi)
- Koskisu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta: mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita.
- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen - Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Viitattu 14.4.2014.  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/koukkari%20doria.pdf?sequence=1>
- Kurkela, R. 2013. ”Nääh ihmiset on hyvin eriarvosessa asemassa” -Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyvät haasteet ja ongelmakohdat psykiatrisessa sairaaloissa sosiaalityöntekijöiden kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 29.4.2014.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42975/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201402181248.pdf?sequence=1>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/99 3-11.

Käypä hoito. 2011. Alkoholi-ongelman hoito. Viitattu 28.5.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholi>

Käypä hoito. 2012. Käypä hoidon etusivu. Viitattu 28.5.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 3.5.2014.

[http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielenterveys-ja\\_paihdeetyossa\\_Fenomenografinen\\_lahestymistapa.pdf](http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys-ja_paihdeetyossa_Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf)

Laukkala, T. Melartin, T. Mäntynen, J. Tuisku, K. & Vuokko, A. 2012. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio -miksi, milloin ja miten? *Duodecim*. Viitattu 30.4.2014.

[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo10613&p\\_haku=mielenterveys](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10613&p_haku=mielenterveys)

Laurea. 2011. Polku Pärjäin-osahankkeen starttiseminaari Lohjalla. Viitattu 28.2.2014.

<http://www.laurea.fi/fi/lohja/tiedotteet-ja-tapahtumat/Sivut/PolkuP%C3%A4rj%C3%A4in-osahankkeen-starttiseminaari-Lohjalla.aspx>

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosisairaudet ja kuntoutus. *Duodecim*. Viitattu 5.5.2014.

[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=kun00166&p\\_haku=mielenterveyskuntoutus,%20asiantuntijuus%20ja%20voimaant%C3%A4hteet](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=kun00166&p_haku=mielenterveyskuntoutus,%20asiantuntijuus%20ja%20voimaant%C3%A4hteet)

Lähteenlahti, Y. 2008. Skitsofrenian kuntoutuksen sisältö. *Duodecim*. Viitattu 5.5.2014.

[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p\\_artikkeli=kun00173&p\\_haku=skitsofrenian%20kuntoutuksen%20sis%C3%A4lt%C3%B6](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00173&p_haku=skitsofrenian%20kuntoutuksen%20sis%C3%A4lt%C3%B6)

Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. *Diakonia-ammattikorkeakoulu työpapereita. Hyvinvoinnin rakentajat -hanke*. Helsinki: Multiprint Oy.

Mantila, S. 2007. ”Ja että oltais niillä samoilla linjoilla” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. *Pro gradu -tutkielma*. Kuopion yliopisto.

Melartin, T. Tuisku, K. & Vuokko, A. 2011. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. TOIMIA/Työikäisten toimintakyky -asiantuntijaryhmä. THL. Viitattu 30.4.2014.

[http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus\\_mielenterveysongelmiin\\_liittyva\\_toimintakyvyn\\_arviointi\\_1.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus_mielenterveysongelmiin_liittyva_toimintakyvyn_arviointi_1.pdf)

Mustonen, E. 2008. Kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemuksiin liitettävät merkitykset. *Pro gradu -tutkielma*. Tampereen yliopisto. Viitattu 29.4.2014.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79566/gradu02862.pdf?sequence=1>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö.

Perälä, J. 2013. *Epidemiology of Psychotic Disorders*. Academic dissertation. University of Helsinki and National institute for health and welfare. Viitattu 6.4.2014.

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38187/perala\\_dissertation.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38187/perala_dissertation.pdf?sequence=1)

Poikolainen, K. 2009. Huumeriippuvuus ja huumeiden haitallinen käyttö. Viitattu 3.5.2014.

[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00019](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00019)

Pumppu-hanke. 2014. Pumppu-hankekuvaus. Viitattu 27.2.2014.

<http://pumppu-hanke.blogspot.fi/p/pumppu-hankekuvaus.html>

Riikonen, E. 2008. Hyvinvointi, kuntoutuminen ja arkielämän taide. Duodecim. Viitattu 5.5.2014.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p\\_artikkeli=kun00135&p\\_haku=mielenterveyskuntoutus,%20asiantuntijuus%20ja%20%20voimanl%C3%A4hteet](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00135&p_haku=mielenterveyskuntoutus,%20asiantuntijuus%20ja%20%20voimanl%C3%A4hteet)

Saarni, S. & Pirkola, S. 2010. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Duodecim. Viitattu 30.4.2014.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo99105&p\\_haku=mielenterveys](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99105&p_haku=mielenterveys)

Saikku, P. & Sinervo, L. 2010. Työttömien terveyspalvelun juurrutus Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Viitattu 28.5.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818>  
Salaspuro, M. & Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sanaskoti. 2014a. Sanaskodin etusivu. Viitattu 08.02.2014.

<http://www.sanaskoti.fi/>

Sanaskoti 2014b. Sanaskoti, toiminta. Viitattu 08.02.2014.

<http://www.sanaskoti.fi/toiminta>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.4.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>

Sitra. 2014. Liputus nuoren tukena. Hanke 9/2013-12/2014. Viitattu 25.2.2014.

<http://www.sitra.fi/hankkeet/liputus-nuoren-tukena>

Sorsa M, Laijärvi H. 2007. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palveluiden arviointi Tampereella, EU-rahoitteisen Isadora-tutkimuksen aineiston analyysi. Viitattu 30.3.2012.

[http://www.tampere.fi/tiedostot/5uW7BwL5D/Kaksoisdiagnoosiraportti\\_PDF.pdf](http://www.tampere.fi/tiedostot/5uW7BwL5D/Kaksoisdiagnoosiraportti_PDF.pdf)

Suvisaari, J. 2013. Suomalaisten mielenterveys. THL. Viitattu 10.2.2014.

[http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten\\_mielenterveys\\_suvisaari\\_08022013.pdf](http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf)

Talala, K. 2013. Psychological distress in Finland 1979-2003: Overall trends, socio-economic differences, and contribution to cause-specific mortality inequalities. Academic dissertation. Research 102. National institute for health ja welfare. Viitattu 7.4.2014.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104446/URN\\_ISBN\\_978-952-245-860-5.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104446/URN_ISBN_978-952-245-860-5.pdf?sequence=1)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Huumeet. Viitattu 30.3.2012.

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/huumeet/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet/)

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielen hyvinvointi. Viitattu 29.4.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/mielen\\_hyvinvointi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/mielen_hyvinvointi)

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Päihdekuntoutus. Viitattu 25.2.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdekuntoutus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdekuntoutus)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Vertaistuki päihdeongelmissa. Viitattu 25.2.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki1](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki1)

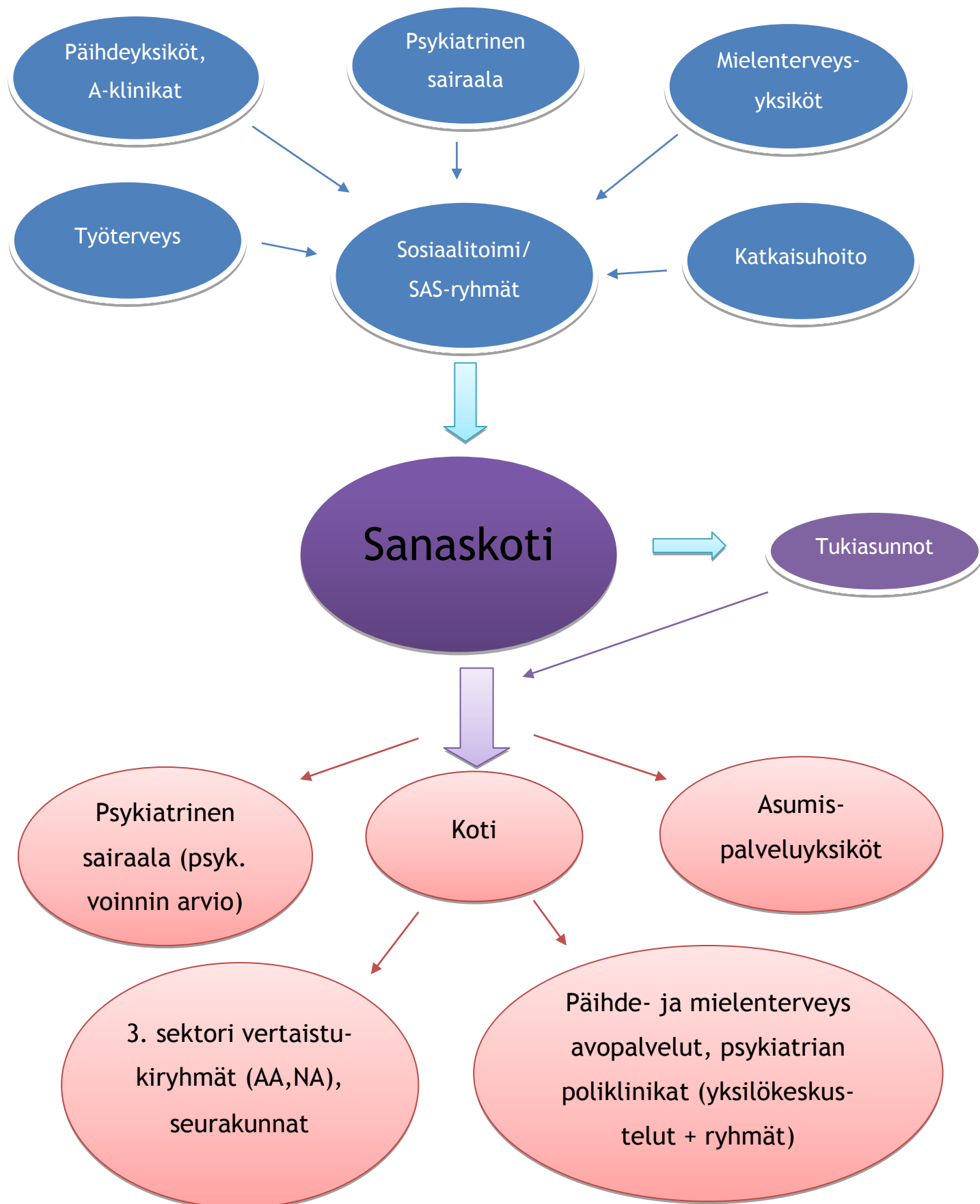
Terveyskirjasto. 2012. Päihde. Viitattu 29.3.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt02832&p\\_haku=p%E4ihde](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02832&p_haku=p%E4ihde)

## Kuvat

Kuva 1:Oppimisen prosessi tutkimus- ja kehittämistoiminnassa (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora- -Hyytiäinen & Soikkeli 2007). .....	31
--	----

Liitteet

Liite 1. Hoitopolkukaavio





Liite 2. Jälkiseurantakaavake



Jälkiseurantakaavake

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Kotikunta: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

1. Kuinka kauan kuntoutuksestasi Sanaskodissa on kulunut? 

kuukausi	puoli vuotta	vuosi
----------	--------------	-------

2. Kuinka kauan olit kuntoutuksessa Sanaskodissa? \_\_\_\_\_

3. Miksi olit kuntoutuksessa Sanaskodissa? \_\_\_\_\_

4. Oletko pysynyt kokoajan raittiina kuntoutuksen päätyttyä? \_\_\_\_\_

5. Jos et, kuinka kauan pysyit raittiina ennen retkahdusta? \_\_\_\_\_

6. Kuinka monta retkahdusta sinulla on ollut kuntoutuksen päätyttyä? \_\_\_\_\_

7. Kuinka kauan retkahdukset ovat kestäneet? \_\_\_\_\_

8. Oletko tällä hetkellä raittiina? \_\_\_\_\_

9. Onko jatkohoitosi toteutunut Sanaskodilla tehdyn jatkohoitosuunnitelman mukaisesti? \_\_\_\_\_

10. Kuinka voit tällä hetkellä?

    Millaisiksi koet voimavarasi? \_\_\_\_\_

    Millaiseksi koet elämänhallintasi? \_\_\_\_\_

    Millaiseksi koet toimintakykysi? \_\_\_\_\_

11. Millaista apua koet saaneesi itsellesi Sanaskodissa tapahtuneen kuntoutuksen aikana? \_\_\_\_\_

12. Millaista apua olisit vielä kaivannut Sanaskodilta? \_\_\_\_\_

## Liite 3 Tutkimuslupahakemus

**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU6 (13)  
Liite 3**Tutkimuslupahakemus**

Opinnäytetyön tekijä/tekijät

Bea Lehto

Salla-Mari Suovesi

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot  
ja osoitteet

Organisaatio/yksikkö

Organisaation/yksikön yhteystiedot  
Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja  
Nummentie 6, 08100 Lohja

Koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaaja

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot

Opinnäytetyön nimi

Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma

Opinnäytetyön aineisto, menetelmät

ja aikataulu

Hoitotyö

Ulla Lemström

Painde- ja mielen hyvinvointi- ja  
hoitotyö

Hoitopöytäkirjan kehittäminen

Joukkoaminen

Kevät 2014

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

Paikka ja aika

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan vir-  
kasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa  
henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.

Laurea Lohja  
Nummentie 6, 08100 LohjaPuhelin 09 8868 7800  
Faksi 09 8868 7801etunimi.sukunimi@laurea.fi  
www.laurea.fiY-tunnus  
Kotipaikka1046216-1  
Vantaa